



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR
“PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES”

GRACIELE DE FREITAS

**O DESAFIO DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS ALTERAÇÕES FISIOPATOLÓGICAS
E EMOCIONAIS CAUSADAS PELA LEUCEMIA INFANTIL.**

*THE NURSE'S CHALLENGE WHEN FACING PHYSIOPATHOLOGICAL AND
EMOTIONAL CHANGES CAUSED BY CHILDREN'S LEUKEMIA*

SÃO JOÃO DEL REI

2015

GRACIELE DE FREITAS

**O DESAFIO DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS ALTERAÇÕES FISIOPATOLÓGICAS
E EMOCIONAIS CAUSADAS PELA LEUCEMIA INFANTIL.**

*THE NURSE'S CHALLENGE WHEN FACING PHYSIOPATHOLOGICAL AND
EMOTIONAL CHANGES CAUSED BY CHILDREN'S LEUKEMIA*

Artigo didático-acadêmico apresentado ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN - como requisito parcial do Título de Bacharel em Enfermagem sob a orientação da Prof. Hélia Cristina de Souza.

SÃO JOÃO DEL-REI

2015

O DESAFIO DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS ALTERAÇÕES FISIOPATOLÓGICAS E EMOCIONAIS CAUSADAS PELA LEUCEMIA INFANTIL.

RESUMO

O câncer é uma doença que causa grande medo à população devido sua ligação corriqueira à morte. Os principais tipos de câncer que afetam as crianças são as leucemias, os tumores do Sistema Nervoso Central (SNC) e os linfomas do sistema sanguíneo e tecidos de sustentação. Neste estudo, a leucemia linfóide aguda foi a abordada, por ser a mais comum em crianças. Esse tipo de neoplasia é caracterizada por uma alteração do crescimento e da proliferação das células linfóides na medula óssea. O diagnóstico é realizado através de exames laboratoriais e o tratamento é longo e agressivo, variando de acordo com o estágio de progressão da doença. As modalidades terapêuticas incluem a quimioterapia, a radioterapia e o transplante. Durante o tratamento, a ação da equipe de enfermagem é essencial, oferecendo à criança apoio e suporte necessários para o enfrentamento da doença. O principal objetivo deste estudo foi investigar a importância do profissional da enfermagem no acompanhamento da doença, desde a detecção ao tratamento. A metodologia empregada foi a revisão bibliográfica analítica e descritiva, baseada em literaturas específicas, livros, artigos científicos e monografias. Contudo, constatou-se que é de suma importância o apoio emocional, as orientações de enfermagem aos familiares e, principalmente, o suporte para melhor aceitação da doença. A enfermagem tem o objetivo de eliciar na criança leucêmica a vontade de lutar pela vida, e a aceitação das alterações imputadas ao organismo. Com todo o suporte oferecido pela equipe, o tratamento passa a ser potencialmente mais eficaz.

Palavras-chave: Câncer Infantil. Leucemia Linfóide Aguda. Enfermagem. Alterações Emocionais. Alterações Fisiopatológicas.

THE NURSE'S CHALLENGE WHEN FACING PHYSIOPATHOLOGICAL AND EMOTIONAL CHANGES CAUSED BY CHILDREN'S LEUKEMIA.

ABSTRACT

Cancer is a disease that causes great fear to the population because of its ordinary connection with death. The main types of cancer that affect children are leukemia, tumors of the central nervous system (CNS) and the blood system lymphomas and supporting tissues. In this study, acute lymphocytic leukemia was addressed, for being the most common in children. This type of cancer is characterized by an alteration of the growth and proliferation of lymphoid cells in the bone marrow. The diagnosis is made by laboratory testing and treatment is long and aggressive, varying according to the progression of disease stage. The therapeutic modalities include chemotherapy, radiation therapy and transplantation. During treatment, the action of the nursing staff is essential, providing child support and support needed to cope with the disease. The aim of this study was to investigate the importance of the nursing professional in monitoring the disease, from detection to treatment. The methodology used was the analytical and descriptive literature review based on specific literature, books, scientific articles and monographs. However, it was found that it is extremely important emotional support, nursing guidance to families and, especially, support for better acceptance of the disease. Nursing aims to elucidate the child leukemic the will to fight for life, and acceptance of the changes attributed to the body. With all the support offered by the staff, treatment becomes potentially more effective.

Keywords: Childhood Cancer. Leukemia Acute Lymphoid. Nursing. Emotional changes. Pathophysiological changes.

O DESAFIO DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS ALTERAÇÕES FISIOPATOLÓGICAS E EMOCIONAIS CAUSADAS PELA LEUCEMIA INFANTIL.

THE NURSE'S CHALLENGE WHEN FACING PHYSIOPATHOLOGICAL AND EMOTIONAL CHANGES CAUSED BY CHILDREN'S LEUKEMIA

1. INTRODUÇÃO

Dentre as diversas patologias que acometem as crianças, as neoplasias, em função do estigma associado à progressão da doença em muitos casos, ainda são consideradas uma das enfermidades mais impactantes. Dos diversos tipos de neoplasias documentadas em crianças, podemos destacar a leucemia, uma doença maligna de origem geralmente desconhecida, que afeta os glóbulos brancos do sangue. Há quatro tipos identificados da doença: Leucemia mieloide crônica e aguda, e leucemia linfóide crônica e aguda.

A patologia inicialmente é silenciosa, e crianças acometidas pela doença manifestam sinais e sintomas comuns a outras enfermidades, fato este que leva os pais a não suspeitarem que os sintomas apresentados correspondam a algo grave. Com a progressão da doença, ocorrem muitas mudanças emocionais e fisiopatológicas que podem afetar a resposta ao tratamento.

A enfermagem deve estar sempre atenta às queixas feitas pelas crianças que sofrem com a doença, com isso poderá ser realizada uma intervenção precoce que ameniza ou, até mesmo, reverte o quadro. É importante também observar se há algum aumento da ansiedade ou algum desconforto, o que pode resultar em uma exaustão física e emocional, agravando ainda mais a progressão da doença.

Este estudo teve como objetivo investigar a importância do enfermeiro no acompanhamento da doença, desde sua detecção até o tratamento. Para tanto, serão explorados os possíveis sintomas de uma criança leucêmica, como proceder um diagnóstico correto e precoce, e como oferecer e garantir um suporte para a aceitação das mudanças físicas nas crianças que apresentam a doença.

Para elaboração deste estudo, a metodologia empregada foi a revisão bibliográfica analítica e descritiva, baseada em literaturas específicas, livros, artigos

científicos e monografias. Segundo a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras, a pesquisa de caráter bibliográfico não necessita de aprovação do Comitê de Ética.

No decorrer do texto serão abordados os aspectos mais relevantes sobre a leucemia infantil: como a doença se desenvolve, possíveis fatores de risco, métodos utilizados para tratamento. Especificamente, em relação à leucemia linfóide, será descrito o seu desenvolvimento na criança, discutindo-se quais e como ocorrem as alterações fisiológicas e emocionais. Finalmente, serão contextualizados as ações e o papel do enfermeiro, desde imediatamente após o diagnóstico, para o enfrentamento da doença.

2. LEUCEMIA NA INFÂNCIA

O câncer infantil afeta as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação. Tais células cancerígenas se dividem rapidamente, tendem a ter um comportamento invasivo e não se submetem aos mecanismos de controle homeostáticos do organismo, fatores estes determinantes para a formação de massas expansivas (tumores) e característicos dos processos considerados malignos (AVANCI *et al.*, 2009, p. 709).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2015a), a incidência do câncer no Brasil, para o ano de 2014, foi estimada ser de 394.450 novos casos, com o câncer infantil a responder por, aproximadamente, 11.849 novos casos.

Segundo Avanci (2009, p. 709), os tipos de câncer que mais acometem as crianças são os tumores do sistema nervoso central, os linfomas e as leucemias.

A leucemia é uma doença maligna de origem geralmente desconhecida. Esse tipo de neoplasia afeta os glóbulos brancos do sangue (os leucócitos) e se inicia quando tais células sanguíneas normais são substituídas por células jovens anormais que se acumulam na medula óssea (INCA, 2015b). Geralmente, a doença apresenta uma progressão rápida, devido à proliferação irregular dos leucócitos na medula óssea, estando em torno dos quatro anos de idade o pico de sua incidência. (SANTOS *et al.*, 2006, p. 1022)

Segundo Silva (2004, p.5), a leucemia é caracterizada pelo tipo de célula afetada, havendo um ou mais tipos de leucemia para cada tipo de célula sanguínea.

Os principais tipos de leucemia, em função de sua incidência, são a leucemia linfóide e leucemia mieloide, ambas sendo categorizadas em agudas ou crônicas, com base no tempo de evolução. A mais comum em crianças é a leucemia linfóide aguda, cuja progressão corriqueiramente leva ao óbito em poucas semanas.

O acúmulo de células defeituosas na medula óssea levam aos principais sintomas da leucemia (INCA, 2015c). A renovação da população de glóbulos vermelhos é prejudicada, resultando, assim, em um quadro de anemia, fator desencadeante de sintomas como a palpitação e a fadiga. Os glóbulos brancos também são afetados da mesma forma, em consequência disto o organismo estará exposto a infecções oportunistas. Por extensão, há uma alteração do terceiro elemento do sangue, as plaquetas, o que leva ao aparecimento de manchas roxas (equimoses) ou de pontos vermelhos (petéquias) na pele e mucosas, além de sangramentos espontâneos pelo nariz e gengivas.

Geralmente, as queixas iniciais feitas por crianças leucêmicas são parecidas com aquelas relacionadas a outras doenças comuns: febre, falta de apetite e um cansaço fácil. Contudo, alguns sintomas apresentados: anemia, fadiga, manchas roxas, dores nos ossos e articulações, palidez, náuseas, vômitos, visão dupla, desorientação, febre, suores noturnos, infecções e hemorragias; funcionam como sinal de alerta, sendo sugestivos para um diagnóstico precoce da leucemia (SILVA *et al*, 2004, p. 5)

Silva (2004, p.5) ainda reitera que é imprescindível classificar corretamente o tipo de leucemia, uma vez que o tratamento de cada tipo de leucemia é diferenciado. Para tal propósito, realizam-se dois exames no processo de detecção e classificação da doença, primeiramente um hemograma de rotina e, em sequência, um mielograma (avaliação da medula óssea), o qual permite um parecer final acerca do processo leucêmico.

Segundo o *site* do INCA (2015d), o tratamento tem o objetivo principal de fazer com que a medula óssea volte a produzir células normais, destruindo as células leucêmicas. Em alguns casos, a indicação é o transplante de medula óssea, porém, há também a associação de medicamentos (poliquimioterapia), quando se pretende prevenir ou combater a doença a nível de Sistema Nervoso Central (SNC), tanto no encéfalo quanto na medula espinhal, controlar complicações de natureza infecciosa ou hemorrágica.

A primeira etapa do tratamento requer a remissão completa, tendo como resultado positivo uma normalidade aparente após a poliquimioterapia (fase de indução da remissão). Tal processo é alcançado logo depois de um a dois meses do início do tratamento, quando os exames de hemograma e mielograma não apresentam mais evidências de células anormais (INCA, 2015d).

Neste contexto, citamos ainda conforme o INCA (2015d):

São três fases: consolidação (tratamento intensivo com substâncias não empregadas anteriormente); reindução (repetição dos medicamentos usados na fase de indução da remissão) e manutenção (o tratamento é mais brando e contínuo por vários meses). Por ser uma poliquimioterapia agressiva, pode ser necessária a internação do paciente nos casos de infecção decorrente da queda dos glóbulos brancos normais pelo próprio tratamento.

Contudo, é obrigatório haver a continuação do tratamento para que não haja recidiva, fator importante apontado por pesquisas que revelam a persistência de muitas células leucêmicas no organismo após uma resposta inicial favorável, o que se denomina doença residual. No caso de acometimento das células linfóides, o tratamento pode se estender por mais de dois anos, já no comprometimento de células da linhagem mielóide, usualmente a terapia não ultrapassa um ano (INCA, 2015d).

2.1 Leucemia Linfóide Aguda

A leucemia linfóide aguda (LLA), apesar de apresentar uma rápida evolução, é uma neoplasia potencialmente curável. Tal forma de leucemia apresenta uma ampla diversidade de aspectos moleculares e clínicos, sendo caracterizada por uma alteração do crescimento e da proliferação das células linfóides na medula óssea. Reforça-se aqui a fisiopatologia do processo neoplásico em que há substituição de elementos sanguíneos medulares normais por células imaturas ou indiferenciadas, que são denominadas blastos, nesse caso, especificamente de linfoblastos (MELO *et al.*, 2011, p. 13).

Esse tipo de leucemia ocorre com maior frequência na infância (75-80% dos casos), respondendo por uma incidência estimada de 200 mil casos anualmente,

sendo prevalente em crianças entre 2 a 5 anos de idade, brancas e do sexo masculino (PEDROSA *et al.*, 2002, p. 64).

A LLA resulta de um dano genético ao DNA de uma linhagem única de células da medula óssea, não sendo uma doença hereditária nem tão pouco contagiosa; onde, por razões ainda desconhecidas, células saudáveis começam a se transformar em células doentes. A LLA é heterogênea apresentando ampla diversidade genética, expressada por diversos tipos de fenótipos clínicos, morfológicos e imunológicos. (MELO *et al.*, 2011, p. 13).

A etiologia da LLA ainda não foi claramente determinada, mas especula-se algumas situações que possam estar envolvidas, tais como a exposição a quimioterápicos antineoplásicos, a irradiações ou mesmo a algum tipo de vírus, embora fatores genéticos e imunológicos também sejam considerados (ELMAN *et al.*, 2007, p. 298).

Com o surgimento da doença, todos os constituintes celulares do sangue (hemácias, leucócitos e plaquetas) sofrem uma redução, o que explica os quadros de infecções oportunistas, anemia e sangramentos espontâneos. Outras manifestações clínicas refletem a proliferação de blastos infiltrando outros tecidos: linfonodos, tonsilas palatinas, pele, baço, sistema nervoso central, testículos e rins. Frequentemente, os sinais e sintomas são adenomegalias, hemorragias, febre, dor óssea, hepatomegalia, esplenomegalia, palidez e fadiga (MELO *et al.*, 2011, p. 16).

O diagnóstico da LLA é realizado a partir de exames laboratoriais. No hemograma de rotina, pode-se não documentar a presença de blastos; o número de leucócitos é variável, desde uma leucopenia até uma leucocitose acentuada; a série vermelha se revela como uma anemia normocítica normocrômica e há uma depleção do número de plaquetas (trombocitopenia). Já o mielograma, realizado após o hemograma, demonstra a presença de mais de 25% de linfoblastos na medula óssea, com os espaços adiposos e os elementos celulares normais da medula sendo substituídos por células leucêmicas, um número reduzido ou mesmo a ausência de megacariócitos e a preservação do aspecto normal dos precursores mielóides e eritrócitos residuais (FARIAS *et al.*, 2004, p. 92).

O tratamento, que pode variar de dois a três anos, é constituído de cinco fases: indução de remissão, intensificação-consolidação, reindução, prevenção da

leucemia no sistema nervoso central e continuação ou manutenção de remissão (ELMAN *et al* 2007, p. 298).

Segundo Pedrosa (2002, p. 64), na fase de indução, os medicamentos mais comumente utilizados são os corticosteroides, a vincristina, a L-asparaginase e a daunoblastina. A terapia da leucemia somente é considerada como curativa quando realizada precocemente em relação ao surgimento da LLA, nessa situação o tratamento conseguiria erradicar as células malignas antes que as mesmas se tornassem resistentes às medicações empregadas.

Para avaliação e complementação do tratamento medicamentoso empregado para a LLA, determinados procedimentos médicos são realizados com uma certa frequência (INCA, 2015e), tais como:

Mielograma: É um exame de grande importância para o diagnóstico (análise das células) e para a avaliação da resposta ao tratamento, indicando se, morfológicamente, essas células leucêmicas foram erradicadas da medula óssea (remissão completa medular). Esse exame é feito sob anestesia local e consiste na aspiração da medula óssea seguida da confecção de esfregaços em lâminas de vidro, para exame ao microscópio. Os locais preferidos para a aspiração são a parte posterior do osso ilíaco (bacia) e o esterno (parte superior do peito). Durante o tratamento são feitos vários mielogramas.

Punção lombar: A medula espinhal é parte do sistema nervoso, que tem a forma de cordão, e por isso é chamada de cordão espinhal. A medula é forrada pelas meninges (três membranas). Entre as meninges circula um líquido claro denominado líquido. A punção lombar consiste na aspiração do líquido para exame citológico e também para injeção de quimioterapia com a finalidade de impedir o aparecimento (profilaxia) de células leucêmicas no SNC ou para destruí-las quando existir doença (meningite leucêmica) nesse local. É feita na maioria das vezes com anestesia local e poucas vezes com anestesia geral. Nesse último caso, é indicado em crianças que não cooperam com o exame.

Cateter Venoso Central: Como o tratamento da leucemia aguda pode alcançar até três anos de duração e requer repetidas transfusões e internações, recomenda-se a implantação de um cateter de longa permanência em uma veia profunda, para facilitar a aplicação de medicamentos e derivados sanguíneos além das freqüentes coletas de sangue para exames, evitando com isso punções venosas repetidas e dolorosas.

Transfusões: Durante o tratamento, principalmente na fase inicial, os pacientes recebem, quase diariamente, transfusões de hemáceas e de plaquetas, enquanto a medula óssea não recuperar a hemopoese (produção e maturação das células do sangue) normal.

3 ALTERAÇÕES EMOCIONAIS E FISIOPATOLÓGICAS NAS DESORDENS LEUCÊMICAS

A leucemia, por se tratar de uma doença que necessita de tratamento contínuo com muitos períodos de hospitalização, invariavelmente acaba por induzir na criança estados de medo e ansiedade. Os efeitos colaterais, causados pelo tratamento, interferem na imagem corporal, sendo este um fator primário para o aparecimento das desordens emocionais. Além disso, o tratamento acaba por colocar a criança em uma condição de afastamento do seu convívio social, a partir do momento que a obriga a conviver em um ambiente estranho, sendo atendida por pessoas desconhecidas (SANTOS *et al.*, 2006, p. 1022).

Segundo Cruz e colaboradores (2006, p.99), o crescimento e o desenvolvimento de toda criança se dá conforme a sua criação, permitindo a construção de características específicas como a forma de pensar, de sentir e de reagir, apesar da imaturidade e da vulnerabilidade inerentes ao período. Notadamente, todas essas características são peculiares de acordo com a faixa etária em que a criança se encontra.

3.1 Alterações emocionais

A criança com leucemia se encontra extremamente fragilizada e apresenta muitas dificuldades no enfrentamento da doença. Sendo assim, é extremamente importante uma atenção integral, dispensada tanto pelos profissionais responsáveis quanto pelos familiares. O bem-estar e a qualidade de vida da criança é primordial, com essa premissa como guia, a busca pela cura passa a ser baseada não só na recuperação biológica, mas também no reestabelecimento do *status* psicológico do paciente (SILVA *et al.*, 2011, p. 32).

As desordens emocionais podem dificultar o desenvolvimento adequado do tratamento, por isso, há uma preocupação em fortalecer a principal fonte de suporte emocional para a criança leucêmica, que é a família. A família é a base onde a criança doente procura apoio, referência de tempo, proteção para o sofrimento e,

principalmente, coragem para o enfrentamento do desconhecido. (SANTOS *et al.*, 2006, p. 1023)

A leucemia induz na criança um grau significativo de vulnerabilidade, fragilidade, angústia e irritabilidade, podendo chegar, até mesmo, a um certo desespero. O diagnóstico da doença provoca reações distintas que dependem da personalidade, dos hábitos familiares, da idade e do momento da vida de cada paciente. Em alguns casos, os pacientes podem expressar sentimentos de negação e ansiedade, enquanto outros se demonstram passivos e retraídos (SILVA *et al.*, 2004, p. 8).

Silva e colaboradores (2004, p. 9) também citam que a criança leucêmica deve receber apoio da família, dos amigos e dos profissionais da saúde; mas devem, concomitantemente, exercer atividades para não se sentirem inúteis, combatendo, assim, os sentimentos negativos ligados à sensação de estarem vivendo somente em função do tratamento da doença. Um exemplo de atividade criativa ocupacional seria a telescola, onde seria possível à criança com leucemia recuperar parte do que houvesse perdido de suas atividades sociais usuais.

De acordo com Masetti (1998) citada por Silva e colegas (2011, p. 37), o estado emocional da criança com leucemia influencia em muito a eficácia do tratamento, o que permite hipotetizar que o fortalecimento das relações sociais poderia contribuir significativamente para uma terapia bem-sucedida. Portanto, algo simples como o ato de promover brincadeiras, estimulando a diversão e a alegria, seria capaz de romper com a tensão constante do ambiente hospitalar, um potencial entrave à evolução favorável da terapia. Atividades dessa natureza são meios para que o estresse possa ser aliviado, e são momentos de distração, livrando o paciente de pensamentos negativos e impróprios.

3.2 Alterações fisiopatológicas

As alterações e consequentes desordens que são causadas pela LLA resultam de importantes perturbações na fisiologia geral da criança leucêmica. Muitos processos são causados pela doença em si, enquanto outros encontram-se relacionados aos efeitos colaterais dos tratamentos empregados. Vários órgãos e tecidos são atingidos, e o paciente passa a conviver com uma imagem corporal

modificada. Para minimizar o impacto de tais alterações na esfera psíquica do paciente, é primordial o apoio dos profissionais da saúde envolvidos, dos amigos e dos familiares para uma melhor aceitação (MELO *et al.*, 2011, p. 26)

Geralmente, crianças diagnosticadas com esse tipo de doença têm seu apetite reduzido, afetando diretamente o balanço nutricional e, em sequência, o estado nutricional. O próprio tratamento antineoplásicos gera um impacto negativo sobre a nutrição da criança. Por exemplo, a sensação do gosto ou o cheiro de um determinado alimento em um momento de náusea ou ânsia associados à terapia podem ocasionar vômitos e induzir a um estado de rejeição permanente àquele alimento. Assim, alimentos que provocam náuseas e vômitos devido ao tratamento, diminuem a aceitação alimentar da criança, fator agravante de uma desnutrição já em curso em função da própria leucemia (ELMAN *et al.*, 2007, p. 298). Segundo a mesma autora, ELMAN (2007, p. 298), o tratamento também pode apresentar, como efeito colateral, a redução da produção de saliva (xerostomia), o que altera a percepção dos sabores.

Como consequência, a criança passa a não ter mais prazer em se alimentar, seu estado nutricional tende a deteriorar-se e outras alterações patológicas podem se manifestar em função das deficiências nutricionais em curso e, também, em função do comprometimento do sistema imunológico que tende a se instalar.

Conforme o INCA (2015c) as alterações no organismo de uma criança leucêmica, devido ao tratamento, são diversas, tais como reações de hipersensibilidade, a perda da percepção sensorial (hiposensibilização) e a queda de pelos e cabelos. As células imaturas transformadas da medula óssea infiltram diversos órgãos do organismo, incluindo a pele, o baço, os rins, as tonsilas palatinas, os linfonodos e até o sistema nervoso central (SNC), prejudicando o funcionamento homeostático dos mesmos.

A diminuição do número de glóbulos vermelhos induz um quadro de anemia que se manifesta na criança leucêmica, como palidez, tontura e sonolência. Já com a queda das plaquetas (trombocitopenia), a pele passa a apresentar hematomas, sangramentos constantes provocando pequenos ferimentos, e petéquias pelo corpo. O sistema respiratório também é afetado, dano ao tecido epitelial que evolui para pneumonite ou fibrose pulmonar, e que clinicamente resulta em disfunção respiratória (OLIVEIRA *et al.*, 2011, p. 512)

É importante ressaltar que os sintomas que aparecem estão relacionados ao(s) órgão(s) afetados. Assim, uma infiltração de células leucêmicas no SNC pode ocasionar náuseas, vômitos, visão dupla, cefaléia e desorientação. Porém, nesse mesmo caso, faz-se necessário distinguir se tais sintomas não podem ter sido causados pelo próprio tratamento. De ocorrência relativamente comum destacam-se os distúrbios renais, o alargamento do mediastino, a infiltração testicular, a dor óssea, a hepatoesplenomegalia e as adenomegalias (SOUSA *et al.*, 2002, p. 9)

4 O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA

Diante de um diagnóstico como a leucemia, o impacto é extremamente grande, não só para a criança diagnosticada, mas também para a família, acarretando alterações em sua estrutura e organização. A assistência de enfermagem se destaca no atendimento das necessidades físicas e psicológicas de ambos, paciente e família (SANTOS *et al.*, 2006, p. 1023).

A equipe de enfermagem deve ter um preparo especial para acompanhar todo o processo. Quando se parte da premissa de que não é somente a criança que está passando por um período difícil, percebe-se que é impossível discutir a problemática da criança em si isoladamente, pois toda a família está sendo afetada. De imediato, cabe ao enfermeiro atender paciente e família como um todo, esclarecendo as dúvidas, desfazendo mal entendidos e reduzindo qualquer sentimento negativo de isolamento por parte da criança doente (KLASSMANN *et al.*, 2006, p. 322).

Segundo Santos e colaboradores (2006, p. 1023), o diagnóstico da doença implica no desenvolvimento de desordens emocionais e novas alterações fisiológicas, dificultando, assim, o andamento eficaz do tratamento. O papel da equipe de saúde é fundamental, em virtude de poder identificar e modificar os sentimentos da criança e dos membros que a estão acompanhando. Como se trata de um processo prolongado e desgastante, a enfermagem deve desenvolver relações agradáveis que procurem amenizar as preocupações, passando um sentimento de confiança, o que possibilita criar contatos positivos que se fortalecem com o passar do tempo.

4.1 O papel do enfermeiro frente às alterações emocionais das desordens leucêmicas

O impacto inicial da doença gera medo, ansiedade, recusa e incapacidade do paciente de aceitar sua condição. A rotina da criança passa por total mudança, e o processo de enfrentamento da doença passa a ser um desafio. A equipe de enfermagem deve assistir a essa criança e acompanhá-la em seu processo de adaptação (KLASSMANN *et al.*, 2006, p. 322).

O profissional da saúde deve estar ciente que as reações dos pais de uma criança diagnosticada com leucemia, pode influenciar negativamente no comportamento da criança. Por essa razão, o estado emocional da família também deve ser alvo de preocupação, procurando-se um ponto de equilíbrio positivo (ALVES *et al.*, 2013, p. 2).

Durante todo o processo da doença, a enfermagem passa a maior parte do tempo acompanhando a criança. Diante disso, o acolhimento ao paciente, através de demonstrações de afeto, carinho, paciência, confiança, brincadeiras e outras distrações, pode contribuir para uma melhora na autoestima e, até mesmo, para a aceitação da doença (SANTOS *et al.*, 2006, p. 1025).

A criança leucêmica, em seu processo de internação, recebendo vários tipos de medicações, afastada de seu convívio social, é susceptível a uma sensação de estar correndo perigo e, por isso, acaba por revelar suas aflições e angústias. A enfermagem deve estar sempre atenta, contribuindo de forma positiva, se interessando pelos assuntos do paciente, fazendo com que o mesmo se comunique (como era na escola, quais as brincadeiras preferidas, quem são os amigos mais próximos, contar as viagens que fez, por exemplo). Conversas estimulantes a respeito da vida antes da doença são essenciais para desvincular o pensamento do quadro atual da enfermidade (FARIA *et al.*, 2010, p. 14).

O principal objetivo da equipe é promover a saúde e bem estar do paciente e familiares, com as orientações de enfermagem ocupando lugar vital para o desenvolvimento de todo o processo. Isso envolve tanto o decorrer das frequentes internações, quanto o momento da alta hospitalar. As explicações e esclarecimentos

sobre a doença e procedimentos realizados, também são momentos que devem ser exercidos com cautela e parcimônia (KLASSMANN *et al.*, 2006, p. 322).

4.2 O papel do enfermeiro no enfrentamento das alterações fisiológicas das leucemias

Como previamente relatado nesse estudo, a leucemia é uma neoplasia que resulta em modificações e desordens da fisiologia da criança e a aceitação da doença é um desafio tanto para o paciente quanto para a família. Para uma assistência ideal, o profissional da saúde deve ter pleno conhecimento da doença, como a mesma se desenvolve, os procedimentos realizados, os protocolos de tratamento e os possíveis efeitos colaterais associados a cada um deles (SANTOS *et al.*, 2006, p. 1025).

A hospitalização é uma experiência estressante que envolve a profunda adaptação da criança. Um fator determinante na inquietação trazida por esse processo são as séries de procedimentos técnicos praticados (avaliações por diferentes profissionais, diversos exames complementares), uma vez que diversas destas intervenções podem causar desconforto e dor um implicar em afastamento familiar (LIMA *et al.*, 1999 p. 184 185).

Um ponto importante a levar em conta é a idade da criança, pois em função da faixa etária é possível caracterizar a fase em que a mesma se encontra, o que ajuda na confecção da estratégia de enfrentamento da doença. No lactente, por exemplo, deve-se estimular a constante presença dos pais nos cuidados, mantendo as rotinas de casa o mais próximo do normal possível, sem que haja alterações no tratamento. Na fase pré-escolar, o enfermeiro deve elogiar quando houver cooperação, responder as perguntas realizadas pela criança e falar dos procedimentos realizados (ALMEIDA *et al.*, 2008, p. 53 – 54)

Ainda conforme ALMEIDA (2008, p. 53-54), na fase escolar, o enfermeiro deve envolver a criança no plano de cuidado, e estar sempre orientando sobre as rotinas. Já na fase da adolescência, é extremamente importante a promoção à saúde, e a privacidade é algo que deve ser respeitada ao máximo.

Diversos métodos foram desenvolvidos para serem usados para identificar a dor em uma criança, e a prática assistencial exige destreza profissional e principalmente interatividade com o paciente, afim de qualificar e quantificar a dor

vivenciada. O enfermeiro deve estar atento, quando se trata de uma criança maior, pode-se identificar algo pela própria comunicação da criança; no entanto, quando se tratar de um lactente, a mudança de comportamento pode ser o indicativo de um processo de dor e, por isso, deve haver um monitoramento constante dessa criança pela equipe (atenção a irritabilidade, choro excessivo, insônia e às expressões faciais) (TORRISTESE *et al.*, 1998, p.50).

Segundo o mesmo autor, TORRISTERE (1998, p.51-52), os métodos mais utilizados pelo profissionais para identificar melhor a intensificação de dor nas crianças são:

- **Modelo de Esquema Corporal** – visa descrever a própria dor, sua natureza e localização. A criança é orientada a indicar em um desenho de corpo humano o local da dor sentida.
- **Escala de OUCHER** – dispõe de seis fotografias de crianças chorando apresentando diferentes níveis de expressões faciais de desconforto. A criança relaciona a expressão que melhor reflete sua experiência de dor.
- **Escala de Cores** – o paciente é orientado a escolher uma das três cores que considera melhor descrever a intensidade da dor. Este modelo permite que, a criança utilize mais sua intuição que a avaliação cognitiva. Uma outra variação desta escala de cores permite que a criança localize sua dor em um esquema corporal e posteriormente colorir o local com a cor que mais expresse sua dor. (ANEXO 1 - A)
- **Escala Linear Analógica Não Visual** – constitui-se em outra variante de escala apresentada anteriormente, na qual é feita a quantificação da intensidade dolorosa através de números que variam de zero a dez, sendo essa caracterizada por dor leve, intensa, aguda ou muito intensa. (ANEXO 1 - B)
- **Escala Linear Analógica Visual**- indicada por uma linha reta, com extremidades significando de um lado, ausência de dor, do lado oposto, a maior intensidade de dor já sentida pela criança, a qual localiza-se no contínuo da escala, o grau da intensidade da dor. (ANEXO 1 - C)
- **Escala de Faces** – figuras desenhadas por Maurício de Sousa. A escala é composta por cinco expressões, as quais variam da expressão sem dor até a dor insuportável, sendo 0 = sem dor, 1 = dor leve, 2 = dor moderada, 3 = dor forte, 4 = dor insuportável. (ANEXO 1 - D).

A interação da equipe de enfermagem, familiares e pacientes é fundamental para o sucesso das ações e medidas terapêuticas estabelecidas, cabendo ao profissional explicar de maneira clara e coesa suas ações diretas e indiretas ao

paciente e ao acompanhante, reduzindo desta forma, os anseios e necessidades de ambos.

5 CONCLUSÃO

O estudo realizado abordou de forma sucinta a leucemia infantil, partindo do diagnóstico até as alterações fisiopatológicas e emocionais causadas pela doença. É importante ressaltar a importância de um diagnóstico precoce, haja vista as maiores chances de cura nesses casos.

O foco deste estudo foi a faceta somática-emocional da criança leucêmica e o preparo do profissional de enfermagem para o cuidar desse tipo de paciente tão peculiar.

Podemos perceber através do estudo que a criança acometida pela doença leucêmica é fragilizada ao ter que conviver em ambientes estranhos e com pessoas desconhecidas, o que a induz a desenvolver medos e receios. Nesse contexto, a família e os profissionais da saúde são essências para oferecer uma estrutura a essas crianças, contribuindo para a eficácia de todas as etapas do tratamento.

A enfermagem é extremamente importante em todo o processo, desde a observação de sinais e sintomas até ao suporte emocional. O profissional com preparo poderá atender o paciente com muito mais tranquilidade e segurança.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Fabiana de Amorin; SABATÉS, Ana Llonch (org). **Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital**. Baurueri, São Paulo: Editora Manole, 2008.

ALVES, Daniela Fernanda dos Santos *et al.* **Estresse relacionado ao cuidado: o impacto do câncer infantil na vida dos pais**. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 21, n. 1, pp. 1-7, 2013.

AVANCI, Barbara Soares, *et al.* **Cuidados paliativos a criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem**. *Revista Enfermagem*, Escola Anna Nery, v. 13, n. 4, p. 708-16, 2009. Suplemento 1.

CRUZ, Déa Silvia Moura da; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; NOBREGA, Maria Miriam Lima da. **Assistência humanizada a criança hospitalizada**. *Rev. RENE*. Fortaleza, v.7, n.3, pp.98-104, 2006.

ELMAN, Ilana *et al.* **Crianças Portadoras de Leucemia Linfoide Aguda: Análise dos Limiões de Detecção dos gostos básicos**. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 53, n. 3, pp. 297-303, 2007.

FARIA, Ana Maria Del Bianco *et al.* **Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento**. *Estudos de Psicológica*, v. 27, n. 1, pp. 13-20, 2010.

FARIAS, Mariela Granero *et al.* **Diagnóstico laboratorial das leucemias linfóides agudas**. *J Bras Patol Med Lab*, v. 40, n. 2, pp. 91-8, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Rio de Janeiro, 2013a. **Agência de notícias**. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site+/home+/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014>. Acesso em: 20 de março de 2015.

_____. Rio de Janeiro, 2015b. **Tipos de câncer: definição da leucemia**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/leucemia/definicao>>. Acesso em: 20 de março de 2015.

_____. Rio de Janeiro, 2015c. **Sintomas**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/leucemia/sintomas>>. Acesso em: 20 de março de 2015.

_____. Rio de Janeiro, 2015d. **Tratamento**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/leucemia/tratamento>>. Acesso em: 20 de março de 2015.

_____. Rio de Janeiro, 2015e. **Tratamento. Principais procedimentos médicos no tratamento da leucemia.** Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/leucemia/tratamento_profissional>. Acesso em: 14 de julho de 2015.

KLASSMANN, Jaciane *et al.* **Experiência de mães de crianças com leucemia: sentimentos acerca do cuidado domiciliar.** *Revista Escolar de Enfermagem USP*, v. 42, n. 2, pp. 321-30, 2008.

LIMA, Regina Aparecida Garcia de; ROCHA, Melani Melo; SCHOCI, Carmen Gracinda Silvan. **Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais***. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.7, n.2, p. 33-39, 1999.

MELO, José Humberto de Lima *et al.* Pós graduação Lato Sensu em Hematologia e Hemoterapia Laboratorial – Leucemia Linfoide Aguda. Recife 2011.

OLIVEIRA, Kátia Myllene Costa *et al.* **Força Muscular Respiratória e Mobilidade Torácica em Crianças e Adolescentes Com Leucemia Aguda e Escolares Saudáveis.** *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 57, n. 4, pp. 511-517, 2011.

PEDROSA, Francisco *et al.* **Leucemia Linfoide aguda: uma doença curável.** *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, Recife. v. 2, n. 1, pp. 63-68, 2002.

SANTOS, Álvaro da Silva *et al.* **Leucemia Infantil: um olhar da equipe de saúde sobre a assistência prestada à mãe cuidadora.** *Revista Nursing*, v. 100, n. 8, pp.1022-1026, 2006.

SILVA, Daniela S. *et al.* **A brincadeira na terapia de recuperação oncológica infantil.** 2011. Trabalho de graduação do curso de Enfermagem – Faculdade INGÁ, Paraná, pp. 31-40.

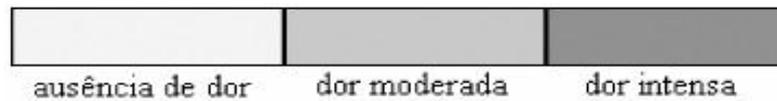
SILVA, Sandra V *et al.* **Leucemia Infantil.** 2004. Trabalho de Licenciatura (Disciplina de Saúde Mental e Psicologia da Saúde) – Universidade Lusíada do Porto, Portugal.

SOUSA, Valdereis Batista *et al.* **Atuação do Enfermeiro na assistência à criança com Leucemia Linfoblástica Aguda.** *Revista de Enfermagem UNISA*, v. 3, pp. 8-12, 2002.

TORRISTESI, Patrícia; VENDRÚSCULO, Dulce Maria Silva. **A dor na criança com câncer: modelos de avaliação.** *Rev. Latino am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.6, n.4, pp.49-55, 1998.

Anexo 1 – Avaliação de Dor em crianças

A - Escala de cores

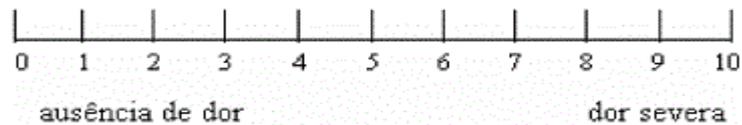


Fonte:

< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13875.pdf> >

Acesso em: 29 de setembro de 2015.

B - Escala Linear Analógica Não Visual

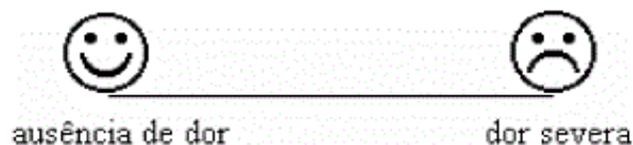


Fonte:

< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13875.pdf> >

Acesso em: 29 de setembro de 2015.

C - Escala Linear Analógica Visual

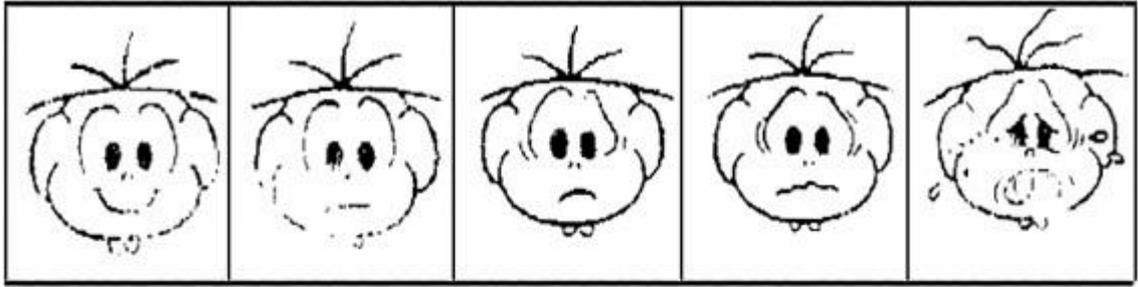


Fonte:

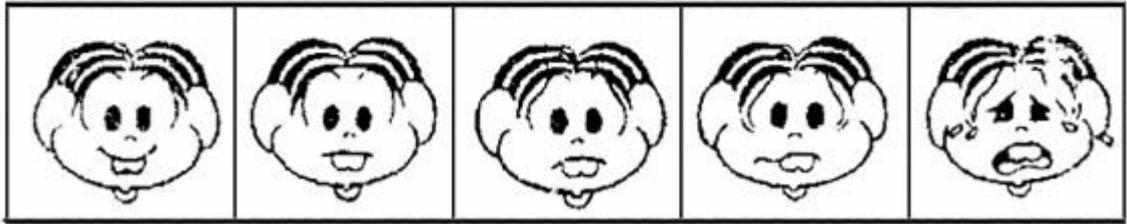
< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13875.pdf> >

Acesso em: 29 de setembro de 2015.

D - Escala de Faces por Maurício de Sousa



1000-002



Fonte:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13875.pdf>

Acesso em: 29 de setembro de 2015.