



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE LINFOMA NÃO-HODGKIN LINFOBLÁSTICO DIFUSO MISTO

Echevengua, Rita Amélia de Oliveira¹; Bonatto, Elediane²; Cunha, Juliane Jacob³; Lima, Luciana Rodrigues dos Santos⁴; Silveira, Cândida Garcia Sinott⁵; Gallo, Cláudia Medeiros Centeno⁶; Quadros, Lenice Muniz⁷; Maagh, Samanta Bastos⁸

¹Acadêmica do 7º Semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel. E-mail: ritaachevengua@gmail.com

²Acadêmica do 7º Semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel. E-mail: elidianebonatto@hotmail.com

³Acadêmica do 7º Semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel. E-mail: jucunhapedrita@hotmail.com

⁴Acadêmica do 7º Semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel. E-mail: lucianarodriguesdosantos@ibest.com.br

⁵Acadêmica do 7º Semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel. E-mail: candidasinott@hotmail.com

⁶Enfermeira Mestre Técnico administrativa da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel. E-mail: claudiacgallo@hotmail.com

⁷Enfermeira Mestranda da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel. E-mail: lenicemuniz@pop.com.br

⁸Enfermeira Responsável pela Unidade de Tratamento Intensivo do Hospital Escola da UFPel. E-mail: samantamaagh@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

As doenças do tecido linfóide têm abordagem especial dentro da patologia, pois, diferentemente da maioria dos demais tecidos, a identificação do tipo de uma neoplasia linfóide depende não apenas dos elementos morfológicos, como também, dos aspectos funcionais (Peduzzi, 2001). Linfomas são tumores que se iniciam a partir da transformação de um linfócito no sistema linfático. O prefixo “linfo” indica sua origem a partir da transformação de um linfócito, e o sufixo “oma” é derivado da palavra grega que significa “tumor” (Robbins, 2001).

Desde 1995 os membros das sociedades européias e norte-americanas de hematopatologia têm colaborado na elaboração de uma nova classificação da Organização Mundial de Saúde que representa uma versão atualizada do sistema REAL (Revised European-American Lymphoma Classification), que procura classificar o linfoma de acordo com o tipo celular, destacando dois grupos principais de Linfoma não-Hodgkin: os de células B e os de células T, cada um deles subdividido em linfomas de células primordiais ou precursoras e de células periféricas ou maduras.

Segundo Rasia e Toledo (2002 & 2003) a alta incidência do câncer estimula o temor nos homens, pois sua dimensão histórica denota ser uma doença incurável, associada ao sofrimento e morte“, desencadeando

ansiedades e angústias vivenciadas por situações complexas e difíceis. Dor essa que não se resume apenas à patologia em si, mas estende-se por todo contexto familiar no que tange a perda da autonomia e o medo pelo desconhecido.

2. OBJETIVOS

Destacar a importância da assistência de enfermagem como primordial para melhor compreensão no que diz respeito a esclarecimentos sobre a doença propriamente dita, a dor e aos sentimentos por ela desencadeados.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, com enfoque qualitativo, realizado com um cliente com diagnóstico de Linfoma não-Hodgkin linfoblástico difuso misto, internado na unidade de Clínica Médica de um hospital de médio porte em uma cidade do sul do Brasil, e sua esposa. O estudo foi desenvolvido por acadêmicas do 4º semestre do Curso de Enfermagem e Obstetrícia de uma Universidade Federal, durante estágio curricular, no mês de junho de 2006.

Foram mantidos os preceitos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 1996. Assim, o doente e sua esposa, foram esclarecidos dos objetivos do estudo por intermédio de documento escrito, foram assegurados acerca do sigilo das suas informações e do direito de desistirem do referido trabalho quando assim desejassem. Igualmente foram respeitados os preceitos da Resolução 196/96¹ do Ministério da Saúde.

4. RESULTADOS

Com embasamento no que foi apresentado no presente estudo pudemos constatar a importância da empatia e do vínculo criado entre o doente, sua família e nós como acadêmicas de enfermagem.

A comunicação é um dos principais instrumentos do cuidado em saúde, especialmente quando dirigida a pacientes que enfrentam um diagnóstico amedrontador como o câncer. Nesta situação, comunicação e interação são considerados processos importantes por provocar ações e reações entre indivíduos e grupos para o estabelecimento de uma cadeia recíproca de opiniões e comportamentos (Ferreira, 2000).

Tendo em vista que o alto índice de pacientes jovens acometidos por esta patologia, aliado a nossa falta de conhecimento no que diz respeito à mesma, nos levou a abordar o paciente J.B.B., 36 anos do sexo masculino. Entre agosto de 2006 e janeiro de 2007 foram realizadas aproximadamente seis sessões de quimioterapia, no qual foi relatada uma fase estacionária da doença sem a presença dos efeitos adversos comuns ao tratamento.

¹ Resolução 196/96 – incorpora sob a ética do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Sabemos que o diagnóstico de linfoma pode provocar uma resposta emocional profunda aos pacientes, membros de sua família e amigos. Negação, depressão, desespero e medo são reações comuns. Entendemos a partir das entrevistas realizadas que explicações abrangentes, abordando perspectivas de remissão e planos de cuidados, podem trazer alívio em termos emocionais, auxiliando o paciente a focar-se no tratamento que tem pela frente e nas perspectivas de recuperação.

Os membros da família devem receber igual comprometimento em relação ao papel desempenhado nesse momento, o apoio familiar é imprescindível à manutenção das esperanças depositadas e a elevação da auto-estima.

Nesse momento a fé e a crença geralmente são marcas presentes no cotidiano do doente, o que não nos surpreendeu nesse caso em particular. J.B.B nos relatou que nunca aderiu a nenhum tratamento alternativo, apesar de afirmar que a sua espiritualidade (kardecista) o ajudava a superar dias em que a depressão e o desânimo o abatiam. Haviam fortes laços de amizade entre os profissionais de enfermagem com o doente e sua esposa. Vínculos que se formaram no âmbito hospitalar, mas que se estenderam de tal forma que eram visitados em sua casa durante os intervalos de quimioterapia. O cuidado neste ponto de vista torna-se sofrido, uma vez que alguns profissionais não vêem perspectiva de melhora e reabilitação.

O profissional de enfermagem que cuida de um paciente oncológico convive diariamente, consciente ou inconscientemente com questões ligadas a morte, dor, sofrimento, tratamentos longos, e demais situações desgastantes. Indiscutivelmente a equipe de enfermagem se depara com diversos conflitos internos de personalidade, concepções e valores, o que torna o “nosso cuidar” ainda mais delicado, porém infinitamente gratificante. O cuidar em oncologia requer lidar com múltiplas complicações do tratamento e efeitos colaterais, problemas psicossociais, religiosos e conflitos familiares.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade do tratamento do câncer requer uma habilidade tanto técnico-científica como também das relações interpessoais. Observamos que o conhecimento somado com afetividade, comunicação, sinceridade e empatia, formam elementos construtivos do cuidado, os quais estarão influenciando o desenvolvimento da assistência prestada ao paciente oncológico.

Por todas as particularidades e complexidades que envolvem o tratamento de uma neoplasia, sejam nos efeitos colaterais, limitações, hábitos e cuidados específicos no ambiente familiar, o enfermeiro comprometido e consciente desempenha papel de destaque, visto que a partir das suas orientações, questionamentos e conduta desperta no doente segurança e melhor enfoque na sua própria recuperação.

Um paciente bem orientado é garantia de adesão e colaboração ao tratamento. Como profissionais de saúde não devemos privar o doente da esperança de uma melhor qualidade de vida. Precisamos oferecer alternativas, conforto, auto-estima, educação, e assistência de qualidade embasada na cientificidade, cumplicidade, respeito e dedicação.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FERREIRA MIPR. **A comunicação entre a equipe de saúde e o paciente em coma: dois mundos diferentes em interação.** dissertação. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Rev. Saúde Pública, fev. 2001, vol.35, no.1, p.103-109. ISSN 0034-8910

RASIA, JM. **O doutor e seus doentes: solidão e sofrimento.** Rev Bras Sociol Emoção 2002; 1(3): 378-405.

ROBBINS. **Patologia Estrutural e Funcional.** Guanabara Koogan, 6ª edição, 2001.

SILVA, J. B; KIRSCHBAUM, D.I.R. **O sofrimento psíquico dos enfermeiros que lidam com pacientes oncológicos.** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.51, n. 2, p.263-272, abr/jun.1998.

TOLEDO EHR, Diogo MJD. **Idosos com afecção onco-hematológico: ações e as dificuldades para o auto-cuidado no início da doença.** Rev Latino-am Enfermagem 2003; 11(6): 707-12.