

PERFIL DOS USUÁRIOS ACOMETIDOS PELO LINFOMA NÃO – HODGKIN EM TRATAMENTO RADIOTERÁPICO NO CENTRO REGIONAL DE ONCOLOGIA E RADIOTERAPIA HE/UFPEL

LEMES, Renata Araújo¹; BARONI, Aline²; FAES, Altair Delfino da Rocha³; RIBEIRO, Sandê de Lima⁴; DADALT, Gabriela Martins⁵

¹Acadêmica do 7º semestre da FEn/UFPEL. E-mail: lm_renata@hotmail.com

²Acadêmica do 9º semestre da FEn/UFPEL – Bolsista PROBEC. E-mail: memibaroni@hotmail.com

³Físico responsável pelo CRO/HE/UFPEL. E-mail: faes@uol.com.br

⁴Acadêmica do 5º semestre da FEn/UFPEL. E-mail: sande-ribeiro@hotmail.com

⁵Acadêmica do 5º semestre da FEn/UFPEL. E-mail: gabyudadalt@bol.com.br

MUNIZ, Rosani Manfrin

*Enfermeira, Doutora em Enfermagem e Docente da Faculdade de Enfermagem – UFPEL
E-mail: romaniz@terra.com.br*

1. INTRODUÇÃO

Os linfomas Não–Hodgkin (LNH) constituem um grupo heterogêneo de cânceres que se originam do crescimento neoplásico do tecido linfóide sendo ele constituído dos gânglios linfáticos, baço e outros locais com menor freqüência como estômago, orofaringe, tireóide e pulmão (SMELTZER, S. et al 2008). Segundo o Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde, aproximadamente 85% dos LNH derivam de células B e 25%, de células T. De acordo com o REAL (*Revised European-American Lymphoma*), os LNH são classificados como indolentes, com curso clínico lento e progressivo por vários anos ou agressivos, de evolução rápida, os quais, se não tratados, podem ser fatais em alguns meses (BRASIL, 2009).

Houve um aumento de três vezes na incidência do LNH nos últimos anos (LISTER, 2004). Atualmente, ele é o sexto tipo mais comum de câncer diagnosticado nos Estados Unidos e a sexta causa mais comum de morte por câncer (JEMAL; SIEGAL; WARD; et al., 2006). Conforme o Centro de Combate ao Câncer, a incidência do linfoma não Hodgkin aumenta progressivamente com a idade. Em torno de quatro casos/100 mil indivíduos ocorrem na faixa dos 20 anos. A taxa de incidência aumenta até dez vezes, passando para 40 casos/100 mil indivíduos aos 60 anos, e mais de 20 vezes, chegando a 80 casos/100 mil indivíduos após os 75 anos (BRASIL, 2010).

Dados disponíveis no DATASUS revelam que no período de janeiro de 2008 a agosto de 2009, o LNH apresentou uma taxa de mortalidade de 10,49%, sendo de 10,28% para homens e de 10,79% para mulheres, sendo responsável por 1.667 óbitos (1.003 em 2008 e 664 de janeiro a agosto de 2009), sendo 963 homens e 704 mulheres (proporção média de 1,37 óbitos em homens para 1 óbito em mulheres) (BRATS, 2009).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o número de casos de LNH praticamente duplicou nos últimos 25 anos, particularmente entre pessoas acima de 60 anos. Estima-se que no Brasil, em 2009, haverá aproximadamente 4.900 e 4.200 casos de LNH em homens e mulheres, respectivamente (BRASIL, 2008).

Embora nenhum fator etiológico comum tenha sido identificado, a incidência do LNH aumentou nas pessoas com imunodeficiências ou distúrbios auto-imunes; tratamento prévio para câncer; transplante de órgão prévio; infecções virais

(incluindo o vírus Epstein – Barr e HIV); exposição a certos agentes químicos, incluindo pesticidas, solventes e fertilizantes. Herbicidas e inseticidas têm sido relacionados ao surgimento de linfomas em estudos com agricultores e outros grupos de pessoas que se expõem a altos níveis desses agentes químicos. O prognóstico varia muito entre os vários tipos de LNH. A sobrevivência por longo prazo (mais de 10 anos) é comumente conseguida nos linfomas de baixo grau localizados. Mesmo com as formas agressivas da doença, a cura é possível em, pelo menos, um terço dos pacientes que recebem tratamento agressivo (SMELTZER, S. et al 2008).

Os métodos de tratamento mais comumente utilizados são a quimioterapia e a radioterapia. O tratamento depende do tipo do linfoma, do estágio e do estado de saúde geral da pessoa. Em pacientes idosos, com linfoma indolente e sem qualquer sintoma, pode ser indicado um seguimento rigoroso sem que seja iniciado tratamento imediato, salvo em progressão de doença e início de sintomas. A quimioterapia é, na maioria das vezes, o tratamento primário. Em pacientes em estágio inicial ou que apresentem linfonodos muito aumentados, a radioterapia pode ser empregada durante ou após a quimioterapia (CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER, 2010).

O presente estudo teve como objetivo caracterizar os pacientes acometidos por um LNH e identificar possíveis riscos relacionados com o estilo de vida desses clientes que realizam tratamento no Centro Regional de Oncologia e Radioterapia CRO/HE/UFPEL/PELOTAS/RS.

2. METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

Foi realizado um estudo quantitativo descritivo a partir de dados secundários proveniente de prontuários do paciente e de instrumentos da consulta de enfermagem desenvolvida por acadêmicos de enfermagem pelo Projeto de Extensão “Convivendo com o ser Humano em Tratamento Radioterápico” às pessoas que realizavam tratamento no Centro Regional de Oncologia e Radioterapia do Hospital Escola CRO/HE/UFPEL/Pelotas/RS no período de julho 2009 à julho 2010. A caracterização dos usuários ocorreu segundo as variáveis idade, sexo, escolaridade, estado civil, número de filhos, naturalidade, cor (raça), profissão e renda.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

No período de um ano (Julho 2009 à Julho de 2010), o Centro Regional de Oncologia e Radioterapia do Hospital Escola CRO/HE/UFPEL realizou 88 consultas de enfermagem. Dessas apenas 3,5% estavam acometidos pelo LNH, os quais apresentavam diferentes locais de incidência do câncer. Em relação a faixa etária, observamos que 66,66% estaria entre 50 e 60 anos. Com relação ao sexo a amostra deste estudo atingiu um percentual de 66,66% para o sexo feminino e 33,34% para o sexo masculino.

Com relação a escolaridade foi possível observar que 33,33% possui ensino fundamental completo, 33,33% ensino médio completo e 33,33% possui ensino médio incompleto. As mesmas proporções representam respectivamente tais variáveis relacionadas ao estado civil: divorciado, solteiro e casado. Quanto ao número de filhos, 33,33% não possui filhos, enquanto que 33,33% possui 2 filhos e 33,33% possui 04 filhos. Quanto a raça identificamos 100% de raça branca. Quanto a profissão 66,66% relataram trabalhar com vendas, enquanto que 33,34 relataram ser

agricultores. Quanto a renda 66,66% recebem até um salário mínimo e 33,34% recebem de um a três salários mínimo. Quanto a naturalidade, apenas 33,33% residem em Pelotas, e 66,66% de outras cidades vizinhas dentre elas São Lourenço do Sul e Jaguarão. Quanto a religião, 66,66% são evangélicos, e 33,34% não possui religião.

Após a análise dos dados observamos que a idade média no diagnóstico é de 50 a 60 anos conforme o encontrado na literatura (SMELTZER, S. et al 2008). Neste estudo foi possível observar uma maior incidência no sexo feminino. Em relação à profissão, apenas 33,34% dos pacientes possuiu a possibilidade de desenvolver a doença, uma vez que possa ter tido contato com agentes etiológicos relacionados à agricultura o que remete para a exposição química como exposição a certos agentes químicos, incluindo pesticidas, solventes e fertilizantes. Ainda segundo o INCA, a exposição a Herbicidas e inseticidas têm sido relacionados ao surgimento de linfomas em estudos com agricultores e outros grupos de pessoas que se expõem a altos níveis desses agentes químicos (BRASIL, 2008).

4. CONCLUSÕES

Apesar de este estudo apresentar limitações como, por exemplo, a utilização da ficha de consulta de enfermagem para a coleta dos dados, e o pequeno número de clientes estudados, acredita-se que a presente pesquisa atingiu seu objetivo e ampliou o conhecimento quanto ao perfil dos clientes com LNH atendidos na consulta de enfermagem do referido projeto de extensão, permitindo um melhor planejamento frente às necessidades reais dos clientes. Destarte, considera-se que para o planejamento da assistência em saúde e realização do cuidado de enfermagem é necessário conhecer as características da população assistida, para se obter um diagnóstico da realidade local e contribuir na redução das complicações do câncer e da radioterapia.

Ainda, o perfil dos clientes com LNH é importante para despertar o interesse dos profissionais da saúde para o risco do desenvolvimento desta doença frente aos fatores de risco profissionais no desenvolvimento desta neoplasia como o observado no estudo com o agricultor, para que passem a realizar campanhas de prevenção quanto ao contato com agendes carcinogênicos responsáveis no desenvolvimento do LNH.

5. REFERÊNCIAS

LISTER, 2004. JEMAL; SIEGAL; WARD; et al., 2006. Histórico e Cuidados aos Pacientes com Distúrbios Hematológicos. In: SMELTZER, S. et al 2008. **Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgica**. Volume 1. Décima primeira edição, Editora Guanabara. Capítulo 33, p. 875 – 943.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Linfoma Não – Hodgkin**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=457>. Acesso em: 06 de ago. 2010.

2010, Centro de Combate ao Câncer. **Linfoma Não – Hodgkin**. Disponível em: <www.cccancer.net/downloads/linfoma_net.pdf>. Acesso em: 06 de ago. 2010.

KNIGHT *et al.* (2004), CHEUNG *et al.* (2007) e MURDOCH & SAGER (2008). Rituximabe no Tratamento do Linfoma Não - Hodgkin difuso de grandes células B. In: **BOLETIM BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE**, Ano IV, n° 10, Dez. 2009. p. 1-15. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/brats2009_n10.pdf>. Acesso em: 06 de ago. 2010.