

**UNIVERSIDADE TIRADENTES
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM**

KATIÚSCIA SANTOS EMÍDIO
LAYANA SOARES DA COSTA

CASUÍSTICA DOS LINFOMAS:
UM RECORTE SOBRE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

**Aracaju
2015**

KATIÚSCIA SANTOS EMÍDIO
LAYANA SOARES DA COSTA

CASUÍSTICA DOS LINFOMAS:
UM RECORTE SOBRE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação de Enfermagem, sob orientação do Prof^a Ângela Maria Melo Sá Barros, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Tiradentes.

Aracaju
2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço a realização deste TCC primeiramente a Deus, por nos dar a vida, proteção, força, sabedoria, conhecimento e por estar sempre ao nosso lado nas horas alegres e tristes.

Aos nossos pais, pela dedicação, amor, carinho, confiança e por terem nos apoiado, encorajado sempre levando a sério todos os nossos sonhos, abrindo mão muitas vezes dos seus próprios interesses e necessidades em prol da realização deste objetivo.

Aos nossos amigos que sempre nos ajudaram e estiveram ao meu lado no decorrer do curso, em momentos de estudo, tensão, nervosismo e muitas alegrias que compartilhamos juntos.

A nossa querida professora, Ângela Maria Melo Sá Barros, por ser mais que uma professora, uma amiga, uma mãezona em quem podemos confiar, agradeço muito do fundo do nosso coração.

A todos os professores e profissionais de enfermagem que dedicaram o seu tempo em nos ensinar além da sala de aula, em estágios, na sala dos professores, nos corredores e até mesmo em tirar nossas dúvidas por e-mail quando possível, e aos que não foram nossos professores em sala de aula, especial a enfermeira Paloma Barbosa, a Prof^a Sandra Gimenez, Prof^o Higor César Calasans e ao Senhor Erinaldo funcionário do Hospital de Urgência de Sergipe.

Enfim, a todos, com sinceridade, muito obrigada!

"A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor." (Florence Nightingale).

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Células NK - Células Natural Killer

EBV - Vírus Epstein - Barr

HCV - Vírus da Hepatite tipo C

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HTLV - Vírus Linfotrófico da Célula Humana

INCA - Instituto Nacional de Câncer

LLcTA - Leucemia-Linfoma de Células T do Adulto

LH - Linfoma de Hodgkin

LNH - Linfoma de não-hodgkin

RCBP - Registro de Câncer de Base Populacional

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REVISÃO TEÓRICA.....	11
2.1 CÂNCER.....	11
2.2 LINFOMAS.....	11
2.3 TRATAMENTO.....	17
2.4 ENFERMAGEM.....	33
3 METODOLOGIA.....	34
4 DISCUSSÃO E RESULTADOS	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
6 REFERÊNCIA.....	43
7 ASSINATURAS E DATA.....	47

CASUÍSTICA DOS LINFOMAS: UM RECORTE SOBRE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

LYMPHOMA CASUISTRY: AN EPIDEMIOLOGICAL DATA PROFILE

¹ Katiúscia Santos Emídio
² Layana Soares da Costa
³ Ângela Maria Melo Sá Barros

RESUMO

O presente estudo objetiva conhecer a casuística de linfoma no estado de Sergipe no período de 2000 a 2009, sua relevância ocorre diante do entendimento que o câncer representa um problema de saúde pública, gerando impacto econômico significativo ao poder público, bem como aos acometidos por esta doença. Assim no Estado de Sergipe podemos constatar um total de 217 casos de linfoma nas diversas características histológicas entre homens e mulheres na faixa etária de 20 a 85 anos, no período de 2000 a 2009, os dados foram obtidos através de levantamento na base de dados do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP). Ressaltando que estes dados correspondem apenas a capital do referido estado, não sendo notificados os casos daqueles que não moram na capital. Destacando-se a enfermagem como colaboradora essencial desde a suspeita que pode promover o diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação dos pacientes. Contudo verifica-se a necessidade de aprofundamento e conhecimento específico sobre os linfomas, sendo imprescindível a obtenção dos dados epidemiológicos que justificam a necessidade ampliação da rede de diagnósticos de forma precoce e tratamentos, vislumbrando repostas terapêuticas bem sucedidas. Fato esse possível quando encontra-se serviços que disponham de recursos humanos e tecnologia especializada que associados aos princípios que normatizam o nobre campo da ciência da saúde.

Palavras- Chave: Enfermagem. Câncer. Linfomas.

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem 10º período - katusciaemidio@hotmail.com

² Graduanda do Curso de Enfermagem 10º período - layanacost@hotmail.com

³ Docente do Curso de Enfermagem - angelsamelo@hotmail.com

ABSTRACT

This study aims to know the casuistry of lymphoma in the State of Sergipe between 2000 and 2009, and its importance relies on the understanding that cancer represents a public health issue generating, therefore, a meaningful economic impact to the public sector as well as to those who suffer from this disease. In the State of Sergipe there were 217 lymphoma cases in its different histological characteristics amongst men and women from 20 to 85 years-old, between 2000 and 2009. The data was gathered through the Cancer Register of the Population Base (Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP)). It is important to highlight that the data is related only to the capital of the State, Aracaju. Also, the role of nursing as an essential feature from the early diagnosis, treatment and rehabilitation of the patients. However, it is seen the need to deepen the specific knowledge about lymphoma, being indispensable the gathering of epidemiological data that underlie the need to broader the access to the early diagnostic and treatments glimpsing well-succeeded therapeutical answers. This is possible when there is the availability of services with human resources and specific materials standardized by the health science field.

Key-words: Nursing. Cancer.Lymphoma.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um termo dado de forma que abrange mais de 100 doenças e tem como característica o crescimento desordenado das células que invade os tecidos e outras regiões do corpo. Atualmente o mesmo é um problema de saúde pública mundial, não só pelo aumento de sua prevalência, como também pelos investimentos em ações abrangentes nos diversos níveis de atuação, na promoção da saúde, na detecção precoce, na assistência, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (RODRIGUES; FERREIRA, 2010, p.432).

Portanto, o presente trabalho pretende proporcionar uma discussão sobre a casuística dos linfomas no estado de Sergipe. Assim, acredita-se incentivar as políticas públicas que militam no combate e tratamento desta patologia, fortalecendo a importância da rede de serviços de saúde especializada.

Para tanto, este estudo busca conhecer a epidemiologia relacionada aos linfomas ocorridos no Estado de Sergipe no período entre os anos de 2000 a 2009, segundo a Base de dados do Registro de Câncer Nacional e levantar as suas consequências aos portadores desta patologia no Estado de Sergipe.

Conhecendo a epidemiologia dos casos de Linfomas em Sergipe, torna-se possível mapear os tipos de linfomas e suas características definidoras segundo as variáveis: idade, gênero e diagnóstico histopatológico. Discutindo assim, a casuísticas e possíveis intervenções de enfermagem no diagnóstico precoce e no tratamento dos linfomas, descrevendo-se a aplicação do tratamento ao caso concreto.

Os Linfomas fazem parte do grupo de doença que tem origem nas células do sistema linfático, de forma que as células linfóides são divididas morfológicamente em: Linfomas não - Hodgkin (LNH) e Linfoma de Hodgkin (LH).

Araújo (2008, p.176), ao afirmar sobre a epidemiologia dos linfomas, descreve que nos EUA [...] o LH a quarta neoplasia mais incidente [...] responsável por 4% de

todas as malignidades. Sendo a nona causa de morte por câncer no sexo masculino e a sétima no sexo feminino, responsável por 5% das mortes, tal incidência reflete a necessidade de propostas interventivas que colaborem no diagnóstico precoce bem como no tratamento, o que indica estabelecer novas pesquisas fomentadoras de conhecimentos com respaldo científico.

Cosoadante a afirmação acima, Machado (*et al.*, 2004, p.207) "o linfoma de Hodgkin (LH), também chamado de Doença de Hodgkin, foi descrito pela primeira vez, em 1832, por Thomas Hodgkin, define-se como uma neoplasia específica de célula linfóide, com a presença da célula de Reed-Sternberg², inseridas num contexto inflamatório característico, constituído por estroma³, linfócitos⁴, histiócitos⁵, eosinófilos⁶ e monócitos⁷. Geralmente ocorre em tecido ganglionar ou, mais raramente, em tecido extra-ganglionar, nomeadamente a medula óssea, pulmão ou osso".

O tema abordado chamou a atenção em virtude do crescente número de casos de linfoma de Hogdkin e não Hogdkin no Brasil e especificamente em Aracaju-SE motiva-se a busca do conhecimento sobre este tipo de câncer. Durante a graduação nos deparamos com diversos pacientes portadores desta patologia, que demonstravam grande desconhecimento sobre sua doença, percebido também em seus familiares, de forma discreta notou-se um déficit no conhecimento nos profissionais de enfermagem que os assistiam. Neste sentido entende-se a necessidade de contribuir com este

² É uma célula tumoral gigante que tem uma estrutura simples, que acredita ser de origem linfóide imatura.

³ É constituído por tecido conjuntivo que serve para sustentar as células funcionais do órgão.

⁴ São produzidos na medula óssea e participam do sistema imunológico. Há três tipos principais de linfócitos: 1) Linfócitos B, que produzem anticorpos para auxiliar contra agentes infecciosos; 2) Linfócitos T, que possuem várias funções, inclusive a de auxiliar os linfócitos B a produzirem anticorpos e atacar células infectadas por vírus; 3) Células NK (natural killer), que atacam células tumorais.

⁵ São células fagocitárias encontradas nos tecidos.

⁶ Também chamado de glóbulos brancos, tem origem na medula óssea; participam de certas reações alérgicas e auxiliam na defesa contra algumas infecções parasitárias.

⁷ São glóbulos brancos que auxiliam no combate às infecções. Os monócitos e os neutrófilos são as duas principais células "matadoras e comedoras de micro organismos" que encontramos no sangue. Quando os monócitos saem do sangue e penetram no tecido, transformam-se em macrófagos, que são os monócitos em ação, e podem combater infecções nos tecidos ou exercer outras funções, como ingerir células mortas.

estudo, sobre tudo, no que se refere à assistência de enfermagem, com ampliação do conhecimento no meio acadêmico e assistencial.

Inserindo na equipe interdisciplinar está o enfermeiro, profissional responsável por gerir o cuidado. Assim, a enfermagem frente ao tratamento oncohematológico; possibilita o olhar no qual baseiam-se na concepções do processo saúde e doença, bem como as necessidades humanas básicas. A enfermagem onco-hematológica apropria-se do cuidado desde a profilaxia de toxicidades pós-quimioterápicas, fornecendo orientações que permitam a adesão ao tratamento e possibilitando melhor resposta terapêutica, dentre outras ações de caráter privativo do enfermeiro.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 CÂNCER

O câncer é um dos mais importantes problemas de saúde pública nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos, responsável por cerca de seis milhões de óbitos a cada ano, representando assim cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. O número de casos de câncer aumenta consideravelmente a cada ano no mundo, principalmente a partir do século passado, atualmente sendo considerado como principal problema de saúde pública mundial. Essa distribuição dos diferentes tipos de câncer apresenta como uma variável, características de cada região, focando a necessidade de um estudo sobre as variações geográficas em relação aos padrões desta doença, para seu efetivo monitoramento e controle (GUERRA; GALLO; MENDONÇA. 2005, p. 228).

2.2 LINFOMAS

No Brasil, estimam-se 1.300 casos novos de Linfoma de Hodgkin (LH) em homens e 880 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 1,28 casos novos a cada 100 mil homens e 0,83 a cada 100 mil mulheres. Em relação aos Linfomas não-Hodgkin (LNH) estimam-se 4.940 casos novos em homens e 4.850 em mulheres. Tais valores correspondem a um risco estimado de 5,04 casos novos a cada 100 mil homens e 4,77 a cada 100 mil mulheres (INCA 2014 p.43 e 51).

Sabendo das questões sociais e financeiras relacionadas ao tratamento do câncer, entende-se como preocupante o quantitativo de indivíduos acometidos pela doença, de forma que os reflexos são sentidos na resposta produtiva da sociedade, devido à impossibilidade de manutenção das atividades laborais na maioria dos pacientes.

Vale ressaltar que os Linfomas Hodgkin e não-Hodgkin, atingem todas as classes sociais, e que sua prevenção ainda não é possível, onde a maioria dos casos não possui etiologia estabelecida, sendo sugerido que os fatores hereditários, ambientais, ocupacionais e nutricionais, possam está relacionado ao surgimento da patologia (ARAÚJO et al., 2008, p.176).

Utilizando uma linguagem dinâmica, clara e objetiva queremos colaborar na promoção do conhecimento sobre esta patologia, que pode ser tratada com possibilidades terapêuticas de cura, quando diagnosticada precocemente, já que segundo a Sociedade Brasileira Cancerologia (2014 a) o índice de cura da doença de Hodgkin é em torno de 75% dos pacientes com o tratamento inicial, já os LNH são curáveis em 25% dos casos.

Neste contexto discutiremos questões das características histopatológicas da Doença de Hodgkin que;

[...] começaram a ser descritas por muitos pesquisadores, porém, foram Carl Sternberg em 1898 e Dorothy Reed em 1902 que publicaram independente as características citológicas detalhadas das células gigantes e multinucleadas típicas desta doença recebendo o nome de "célula de Reed-Sternberg". Sternberg acreditava que a Doença de Hodgkin era um processo inflamatório relacionado à tuberculose, porém Reed observou que os pacientes pouco tempo antes de adoecer eram pessoas saudáveis, ocorria em crianças e adultos jovens e clinicamente ocorria um crescimento progressivo e indolor dos gânglios normalmente cervicais (MERCK, 2014).

Tal afirmativa remete ao entendimento do processo histórico das pesquisas sobre o câncer, sendo esta uma luta da humanidade há muitos séculos, definindo-se

como uma busca que envolve grande parte da comunidade científica mundial na contemporaneidade.

Já em relação à análise histopatológica da doença de não-Hodgkin, o mesmo pode apresentar sob várias formas histológicas, dependendo do grau de diferenciação celular. Possuindo variações histológicas de um tumor que pode ser agrupado em três categorias: grau baixo, grau intermediário e grau alto, sendo observada a diminuição da diferenciação celular com o aumento do grau do tumor, sendo esta classificação estabelecida pelo Instituto Nacional para formulação da Atividade de Saúde Internacional (FARIAS *et al.*, 2008, p.26).

Diversos tipos de linfomas têm sua etiopatogenia visivelmente relacionada a infecções virais (EBV, HTLV-1, herpes vírus 8, HCV), bacteriana (*H. pylori*), imunossupressores (infecção pelo HIV, imunodeficiência congênita, exposição a imunossupressores) e exposição a tóxicos (herbicidas, pesticidas) (LOPES *et al.*, 2008, p.583). Contudo a infecção pelo HIV e outras infecções virais, tratamentos imunossupressores e fatores ambientais, incluindo exposição de pesticidas e solventes, são usados para explicar o aumento da incidência de linfomas extranodais (NETO; JALIL; ARAÚJO, 2008, p.37).

A principal forma de se categorizar os linfomas de acordo com seu grau de agressividade é na determinação da urgência no início do tratamento como também na agressividade do esquema quimioterápico a ser implantado (LOPES *et al.*, 2008 p.582).

Quadro 1 - Classificação dos Linfomas

Classificação	Tipos de Linfomas	Características
Linfoma de baixo grau de células T ou B	Linfoma folicular	É assim chamado porque suas células tendem a se desenvolver de forma circular, cerca de um em cinco linfomas são foliculares. Esse tipo de linfoma tendem a ser de crescimento lento, a idade média de pessoas acometidas com esse tipo de linfoma é de aproximadamente 60 anos, raramente ocorre em pessoas jovens, possui taxa de sobrevivência em 05 anos de cerca de 70%, é uma doença que pode infiltrar a medula óssea. Normalmente esse tipo de linfoma não necessita de tratamento quando diagnosticados pela primeira vez, o seu tratamento é retardado até que os sintomas sejam evidentes e comecem a causar problemas à saúde do paciente (ABRALE,2014a).
	Linfoma cutâneo de células T	Esse tipo de linfoma tem progressão muito rápida, tendo o seu desenvolvimento começado pela pele, frequentemente apresentam febre, perda de peso, erupções na pele podendo ainda desenvolver infecções (ABRALE, 2014b).

Fonte: Organizado pelas pesquisadoras, 2015.

Quadro 2 - Classificação dos Linfomas

Classificação	Tipos de Linfomas	Características
Linfoma de grau intermediário de células T ou células B	Linfoma do manto de células B	Esse tipo de linfoma acomete mais frequentemente os homens, a idade média dos pacientes está no início dos 60 anos. Quando diagnosticada envolvendo os gânglios linfáticos, ossos, medula óssea e o baço, possuindo um crescimento lento. Os tratamentos novos e mais agressivos tendem a oferecer melhores chances de sobrevivência a longo prazo. Dentre todos os tipos de linfoma apenas 5% são do tipo Linfoma do Manto (ABRALE, 2014c).
	Linfoma angiocêntrico de células T	Trata-se de uma neoplasia rara, agressiva e que se localiza preferencialmente no trato respiratório superior, tendo um prognóstico ruim de sobrevivência média de 12-18 meses aproximadamente, com diagnóstico muito difícil, sendo muitas vezes necessárias várias biópsias para chegar ao diagnóstico correto (ABRALE, 2014b).
	Linfoma de grandes células B	Dentre os linfomas de não-Hodgkin este tipo corresponde a 85%, sendo um dos tipos mais comum de linfomas, tem um desenvolvimento rápido, mas com boa resposta ao tratamento podem ocorrer em qualquer idade, sendo mais prevalente em pessoas idosas. Apresenta-se como uma massa de crescimento rápido em um linfonodo do tórax, abdômen, pescoço ou axila, podendo se desenvolver também no intestino, ossos, sistema nervoso central e coluna vertebral (ABRALE, 2014 d).
	Linfoma intestinal de células T	Acometem mais frequentemente indivíduos do sexo masculino, com idade superior a 40 anos, sendo a relação sexo masculino/feminino de 2/1, tendo como localização comum à região proximal do jejuno. É observado mais habitualmente em pacientes com diagnóstico recente de Doença celíaca (SEMEDO et al., 2013, p.124).

Quadro 3 – Classificação dos Linfomas

Classificação	Tipos de Linfomas	Características
Linfoma de alto grau de células T ou células B	Linfoma de células B de Burkitt	É um linfoma de crescimento muito rápido, que está representado por cerca de 1% a 2% de todos os linfomas. Na África esse tipo da doença esta relacionada à infecção do vírus Epstein-Barr, seu desenvolvimento começa na região mandibular ou em outros tipos de ossos da face, no Brasil e nos Estados Unidos esse tipo de linfoma começa a se desenvolver geralmente no abdômen, forma uma grande massa tumoral. Quando não está relacionado ao vírus Epstein-Barr, esse tipo de linfoma pode ter seu desenvolvimento iniciado nos ovários, testículos ou outros órgãos, e pode se espalhar para o sistema nervoso central e líquido céfalo raquiano (ABRALE, 2014e).
	Linfoma agudo de células T do adulto	A leucemia-linfoma de células T do adulto (LLcTA) é uma neoplasia de linfócitos T maduros, relacionada à infecção pelo vírus linfotrópico de células T humanas do tipo I (HTLV-I)(SILVA, 2002 p.585).

Fonte: Organizado pelas pesquisadoras, 2015.

2.3 TRATAMENTO

O tratamento tem como objetivo, eliminar o maior número possível de células malignas, além de induzir à completa, ou seja, ao desaparecimento de todas as evidências da doença. Em alguns casos, nos quais esse objetivo é atingido, a cura pode ser alcançada, porém quando não obtida à cura, o tratamento pode manter o linfoma controlado.

Contudo, os protocolos e medicamentos para tratamento em oncologia e hematologia têm permitido grandes avanços no combate aos linfomas. Foram desenvolvidos com o propósito de curar, assim é de suma importância que a equipe de saúde participe de atualizações e formações contínua, acompanhando a dinâmica de lançamentos de drogas bem como conhecer as praticas administrativas seguras e conseqüentemente acompanhar as relações possíveis de cada droga.

Abaixo estão descritos os protocolos vigentes, segundo o centro de terapia antineoplásica do Hospital Albert Einstein:

Quadro 4 – Protocolos de Tratamento

Tipos de Linfoma	Protocolos de Tratamento	Potencial Emetogênico	Potencial Anafilático
Linfoma de Hodgkin	<p>1- ABVD Doxorrubicina: 25mg/m² IV no D1 e D15 Bleomicina: 10U/m² IV no D1 e D15 Vimblastina: 6mg/m² IV no D1 e D15 Obs: Repetir o ciclo a cada 28 dias</p>	ALTO	----
	<p>2-BEACOPP escalonado Bleomicina: 10mg/m² IV no D8 Etoposídeo: 200mg/m² IV do D1 ao D3 Doxorrubicina: mg/m² IV no D1 Ciclofosfamida: 1250mg/m² IV no D1 Vincristina: 1,4mg/m² IV no D8 (dose máxima 2mg) Procarbazona: 100mg/m² VO do D1 ao D7 Prednisona: 40mg/m² VO do D1 ao D14 Filgrastim: 5mcg/kg/dia SC, iniciando no D8 até a recuperação dos neutrófilos Obs: Repetir o ciclo a cada 21 dias</p>	MODERADO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais	----
	<p>3- DHAP Dexametasona: 40mg VO do D1 ao D4 Cisplatina: 100mg/m² IV em infusão contínua por 24 horas no D1 Citarabina: 2000mg/m² IV em 2 horas 12/12h no D2 Filgrastim: 300mcg SC do D4 ao D13 Obs: Devem ser realizados 2-4 ciclos</p>	ALTO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais Profilaxia de conjuntivite por citarabina com colírio de dexametasona	---
	<p>4- ICE Ifosfamida: 5000mg/m² IV no D2 Etoposídeo: 100mg/m² IV do D1 ao D3 Carboplatina: AUC 5 IV no D2 Obs: Repetir o ciclo a cada 14 dias Filgrastim: 5mcg/kg do D5 ao D12</p>	MODERADO	----

Fonte: NETO *et al.*, 2013.

Quadro 5 – Protocolos de Tratamento

Tipos de Linfoma	Protocolos de Tratamento	Potencial Emetogênico	Potencial Anafilático
Linfoma de Hodgkin	<p>5- GENCITABINA Gencitabina: 1250mg/m² no D1, D8 e D15 Obs: Repetir o ciclo a cada 28 dias</p>	BAIXO	----
	<p>6- GENCITABINA + VINORELBINA + DOXORRUBICINA LIPOSSOMAL PEGUILADA Doxorubicina Lipossomal Peguilada: 15mg/m² IV no D1 e D8 em 30-60 minutos Vinorelbina: 20mg/m² IV no D1 e D8 em 10 minutos, sendo a 1^a droga Gencitabina: 1000mg/m² IV no D1 e D8 em 30 minutos, sendo a 2^a droga Obs: Repetir o ciclo a cada 21 dias</p>	BAIXO	----
	<p>7- BRENTUXIMABE VEDOTINA Brentuximabe Vedotina: 1,8mg/kg IV em 30 minutos Obs: Repetir o ciclo a cada 21 dias, no máximo 16 ciclos, progressão da doença ou toxicidade inaceitável</p>	MÍNIMO	BAIXO
	<p>8- IGEV Ifosfamida: 2000mg/m² IV do D1 ao D4 Gencitabina: 800mg/m² IV no D1 e D4 Vinorelbina: 20mg/m² IV no D1 Prednisolona: 100 mg IV do D1 ao D4</p>	MODERADO	---

Quadro 6 - Protocolos de Tratamento

Tipos de Linfoma	Protocolos de Tratamento	Potencial Emetogênico	Potencial Anafilático
Linfoma Não-Hodgkin B Indolente	<p>1- RITUXIMABE (LNH Folicular) Rituximabe: 375mg/m² Obs: Semanalmente por 4 semanas</p>	MÍNIMO	MODERADO
	<p>2- R - CVP (Linfomas CD 20 Positivo) Ciclofosfamida: 750mg/m² VO no D1 Vincristina: 1,4mg/m² IV no D1 (dose máxima 2mg) Prednisona: 40mg/m² VO do D1 ao D5 Rituximabe: 375mg/m² IV no D1 Obs: Repetir o ciclo a cada 21 dias, no total de 8 ciclos</p>	<p>MODERADO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais</p>	MODERADO COM RITUXIMABE
	<p>3- R - CHOP Rituximabe: 375mg/m² no D1 Ciclofosfamida: 750mg/m² IV no D1 Doxorrubicina: 50mg/m² IV no D1 Vincristina: 1,4mg/m² IV no D1 (dose máxima 2mg) Prednisona: 100mg/m² VO do D1 ao D5 Obs: Repetir o ciclo a cada 21 dias</p>	<p>MODERADO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais</p>	MODERADO COM RITUXIMABE
	<p>4- R - FND Rituximabe: 375mg/m² IV no D0 Fludarabina: 25mg/m² IV do D1 ao D3 Mitoxantrona: 10mg/m² IV no D1 Dexametasona: 20mg VO do D1 ao D5 Obs: Repetir o ciclo a cada 21 dias</p>	<p>BAIXO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais</p>	<p>MODERADO COM RITUXIMABE Obs: Terapia de suporte com Sulfametoxazol 800mg/dia + trimetopina: 160mg/dia Vo, 3 dias por semana, até 3 meses após término do tratamento</p>

Quadro 7 – Protocolos de Tratamento

Tipos de Linfoma	Protocolos de Tratamento	Potencial Emetogênico	Potencial Anafilático
Linfoma Não-Hodgkin B Indolente	<p>5- FCR Fludarabina: 25mg/m² IV do D1 ao D3 Ciclofosfamida: 300mg/m² IV do D1ao D3 Obs:Repetir o ciclo a cada 21 dias por 4 ciclos Rituximabe: 375mg/m² IV com início 2 semanas após o primeiro ciclo FC e então no D1 de cada ciclo seguinte</p>	MODERADO	MODERADO COM RITUXIMABE
	<p>6- BENDAMUSTINA E RITUXIMABE Bendamustina: 90mg/m²/dia IV em 30 minutos no D1 e D2 Rituximabe: 375mg/m² IV do D1</p>	MODERADO	MODERADO COM RITUXIMABE
	<p>7- MANUTENÇÃO COM RITUXIMABE Início 8 semanas após o último tratamento de indução</p>	MÍNIMO	MODERADO

Fonte: NETO *et al.*, 2013.

Quadro 8 – Protocolos de Tratamento

Tipos de Linfoma	Protocolos de Tratamento	Potencial Emetogênico	Potencial Anafilático
Linfoma de Grandes Células B	<p>1- R - CEOP Ciclofosfamida: 750mg/m² IV no D1 Etoposídeo: 50mg/m² IV no D1 e 100mg/m² VO no D2 e D3 Vincristina: 1,4mg/m² IV no D1 (dose máxima 2mg) Prednisona: 100mg VO do D1 ao D5 Rituximabe: 375mg/m² IV no D1 Obs: Repetir o ciclo a cada 21 dias</p>	<p>MODERADO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais</p>	<p>MODERADO COM RITUXIMABE</p>
	<p>2- CHOP + RITUXIMABE Ciclofosfamida: 750mg/m² IV no D1 Doxorrubicina: 50mg/m² IV no D1 Vincristina: 1,4mg/m² IV no D1 (dose máxima 2mg) Prednisona: 100mg VO do D1 ao D5 Rituximabe: 375mg/m² IV no D1 Obs: Repetir o ciclo a cada 21 dias</p>	<p>ALTO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais</p>	<p>MODERADO COM RITUXIMABE</p>

Fonte: NETO *et al.*, 2013.

Quadro 9 – Protocolos de Tratamento

Tipos de Linfoma	Protocolos de Tratamento	Potencial Emetogênico	Potencial Anafilático
Linfoma de Grandes Células B	<p>3- R - CHOP com Doxorrubicina Lipossomal (tratamento para pacientes idosos) Rituximabe: 375mg/m² no D1 Ciclofosfamida: 750 mg/m² no D1 Doxorrubicina Lipossomal: 30mg/m² IV no D1 Vincristina: 1,4mg/m² IV no D1 (dose máxima 2mg) Prednisona: 100mg/m² VO do D1 ao D5 Obs: Repetir o ciclo a cada 21 dias, no total de 6 ciclos</p>	<p>MODERADO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais</p>	<p>MODERADO COM RITUXIMABE</p>
	<p>4- EPOCH + Rituximabe Etoposídeo: 50mg/m²/dia IV infusão contínua do D1 ao D4 Doxorrubicina: 10mg/m²/dia IV contínua do D1 ao D4 Vincristina: 0,4mg/m²/dia IV infusão contínua do D1 ao D4 Prednisona: 60mg/m² VO 2 vezes ao dia, do D1 ao D15 Ciclofosfamida: 750mg/m² IV no D5; começar após o término da infusão contínua Rituximabe: 375mg/m² IV no D1 Obs: Repetir o ciclo a cada 21 dias</p>	<p>MODERADO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais</p>	<p>MODERADO COM RITUXIMABE</p>
	<p>5- R - ESHAP Rituximabe: 375mg/m² IV no D1 Etoposídeo: 40mg/m² IV do D1 ao D4 Metilprednisolona: 500mg IV do D1 ao D4 Citarabina: 2000mg/m² IV no D5 após o término da infusão de cisplatina e etoposídeo Obs: Repetir o ciclo a cada 21 dias</p>	<p>ALTO</p>	<p>MODERADO COM RITUXIMABE Obs: Profilaxia de conjuntivite por citarabina: solução oftálmica com prednisolona 1%, 2 gotas em cada olho 4 vezes ao dia e continuada por 48 horas até o término da infusão da citarabina</p>

Fonte: NETO *et al.*, 2013.

Quadro 10 – Protocolos de Tratamento

Tipos de Linfoma	Protocolos de Tratamento	Potencial Emetogênico	Potencial Anafilático
Linfoma de Grandes Células B	<p>6- DHAP Rituximabe: 375mg/m² IV no D1 antes da quimioterapia. Quando no 1^o ciclo, administrar dose adicional no D-1 Cisplatina: 100 mg/m² IV contínuo no D1 Citarabina: 2000mg/m² IV em 3 horas, repetida 12 horas depois no D2 Dexametasona: 40mg/dia do D1 ao D4</p>	ALTO COM CISPLATINA	MODERADO COM RITUXIMABE
	<p>7- ICE + Rituximabe (regime resgate) Rituximabe: 375 mg/m² IV no D1 Ifosfamida: 5000 mg/m² IV contínua por 24h no D4 Etoposídeo: 100mg/m² IV do D3 ao D5 Carboplatina: AUC de 5, IV no D4 Mesna: 5000mg/m² IV na mesma bolsa de infusão de ifosfamida Obs: Repetir o ciclo a cada 14 dias Filgrastim: 5mcg/kg do D7 ao D14</p>	MODERADO	MODERADO COM O RITUXIMABE
	<p>8- R - GEMOX Rituximabe: 375 mg/m² IV no D1 Gencitabina: 1000mg/m² IV em 100 minutos no D2 Oxaliplatina: 100 mg/m² IV em 2 horas no D2 após a gencitabina Obs: Repetir o ciclo a cada 14 dias</p>	MODERADO	MODERADO COM RITUXIMABE

Fonte: NETO *et al.*, 2013.

Quadro 11 – Protocolos de Tratamento

Tipos de Linfoma	Protocolos de Tratamento	Potencial Emetogênico	Potencial Anafilático
Linfoma de Célula do Manto	<p>1- Bortezomile + Rituximabe Bortezomile: 1,3 mg/m² IV no D1, D4, D8 e D11 Rituximabe: 375 mg/m² IV no D1 Obs: Repetir o ciclo a cada 21 dias</p> <p>2- Rituximabe +Hyper CVAD Ciclo 1, 3, 5 e 7 Rituximabe: 375 mg/m² IV no D1 Ciclofosfamida: 300mg/m² IV por 3 horas do D1 ao D4 de 12/12h (total de 6 doses) Mesna: 600 mg/m² IV em infusão contínua. Iniciar 1 hora pré-ciclofosfamida até 12 horas após a última dose de ciclofosfamida Doxorrubicina: 16,6mg/m²/dia IV em 24 horas contínuo do D5 ao D7 (iniciar 12 horas após última dose de ciclofosfamida) Vincristina: 1,4 mg/m² (máximo 2 mg) IV no D5 e D12 Dexametasona: 40 mg IV ou VO do D2 ao D5 e do D12 ao D15 Filgrastim: 5 mcg/kg/dia SC iniciar 24 horas após término da quimioterapia</p> <p>Ciclo 2,4,6 e 8 Rituximabe: 375 mg/m² IV no D1 Metotrexato: 200 mg/m² IV no D2 por 2 horas, seguido de 800 mg/m² por 22 horas Citarabina: 3000 mg/m² IV por 2 horas a cada 12 horas no D3 e D4 (total 4 doses)</p>	<p>MÍNIMO</p> <p>MODERADO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais</p>	<p>MODERADO COM RITUXIMABE</p> <p>MODERADO COM RITUXIMABE Obs:Pré-metotrexato (MTX), alcalinizar a urina, pH maior que 7,5 e mater neste nível até este quimioterápico ser completamente depurato Resgato do MTX com folinato de cálcio: iniciar 12 horas após o término da infusão: folinato de cálcio 50 mg, seguido de 15 mg VO a cada 6h por 8 doses. Nível sérico de metotrexato deve ser chegado 24 e 48 horas após o fim da infusão e doses do folinato de cálcio devem ser aumentadas para 100mg IV a cada 3h oras se o nível sérico do MTX superar o valor de 1µmol/L ou 0,1 µmol/L em 24 e 48 horas, respectivamente. Profilaxia de conjuntivite por citarabina: solução oftálmica com prednisolona 1%, 2 gotas em cada olho 4 vezes ao dia e continuada por 48 horas até o término da infusão</p>

Fonte: NETO *et al.*, 2013.

Quadro 12 - Protocolos de Tratamento

Tipos de Linfoma	Protocolos de Tratamento	Potencial Emetogênico	Potencial Anafilático
Linfoma de Células do Manto	3- CHOP + Rituximabe Ciclofosfamida: 750 mg/m ² IV no D1 Doxorubicina: 50 mg/m ² IV no D1 Vincristina: 1,4 mg/m ² IV no D1 (dose máxima 2mg) Prednisona: 100 mg VO do D1 ao D15 Rituximabe: 375mg/m ² IV no D1 Obs: Repetir o ciclo a cada 21 dias, no total de 6 ciclos	MODERADO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais	MODERADO COM RITUXIMABE
	4- FCM + Rituximabe Fludarabina: 25 mg/m ² IV por 30 minutos do D2 ao D4 Ciclofosfamida: 200 mg/m ²	MODERADO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais	MODERADO COM RITUXIMABE
	5- Rituximabe Rituximabe: 375 mg/m ² IV semanalmente por 4 semanas	ALTO	MODERADO COM RITUXIMABE
	6- Lenalidomida + Rituximabe Lenalidomida: 20 mg VO do D1 ao D21 Rituximabe: 375mg/m ² IV semanalmente por 4 semanas Obs: Repetir o ciclo a cada 28 dias	MÍNIMO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais	MODERADO COM RITUXIMABE
Linfoma de Burkitt	1- Protocolo Magrath (Linfoma de Burkitt) Ciclofosfamida: 1200 mg/m ² IV no D1 Doxorubicina: 40mg/m ² IV no D1 Vincristina: 1,4mg/m ² IV no D1 (dose máxima 2mg) Prednisona: 40 mg/m ² VO do D1 ao D5 Metotrexato: 300 mg/m ² IV no D10, por 60 minutos, então 60 mg/m ² IV no D10 e D11, em 41 horas	MODERADO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais	----

Fonte: NETO *et al.*, 2013.

Quadro 13 – Protocolos de Tratamento

Tipos de Linfoma	Protocolos de Tratamento	Potencial Emetogênico	Potencial Anafilático
Linfoma de Burkitt	<p>2- R CODOX-M / IVAC (alternar regimes A e B por 2 vezes, total 4 ciclos)</p>	MODERADO	----
	<p>Regime A (CODOX-M) Rituximabe: 375 mg/m² IV em 3 horas no D1 Ciclofosfamida: 800 mg/m² IV no D1 e 200 mg/m² IV do D2 ao D5 Doxorrubicina: 50 mg/m² IV no D1 Vincristina: 2 mg IV bôlus no D1e D8 Metotrexato: 3000 mg/m² IV em 24 h no D8 Folinato de cálcio: 192 mg/m² IV, começando 36 horas após o início da infusão do metotrexato e 12 mg/m² IV a cada 6 horas até o metotrexato atingir nível sérico < 50nM</p> <p>Regime B (IVAC) Rituximabe: 375 mg/m² IV em 3 horas no D1. Ifosfamida: 1500 mg/m² IV do D1 ao D5. Etoposídeo: 60 mg/m² IV do D1 ao D5. Citarabina: 2000 mg/m² IV a cada 12 horas no D1 e D2 (total de 4 doses). Metotrexato: 12 mg IT no D5</p>	<p>MODERADO</p> <p>Obs: Profilaxia do Sistema Nervoso Central Citarabina: 70 mg IT no D1 e D3. Metotrexato: 12 mg IT no D15. Tratamento de Linfoma de Burkit com apresentação em SNC. Durante os primeiros 2 ciclos: Regime A: citarabina IT no D5 e metotrexato IT no D17. Regime B: citarabina IT no D7 e D9</p>	----

Fonte: NETO *et al.*, 2013.

Quadro 14 – Protocolos de Tratamento

Tipos de Linfoma	Protocolos de Tratamento	Potencial Emetogênico	Potencial Anafilático
Linfoma de Burkitt	<p>3- Rituximabe + Hyper CVAD Ciclos 1,3, 5 e 7 Rituximabe: 375 mg/m² IV no D1 Ciclofosfamida: 300 mg/m² IV por 3 horas de 12/12h do D2 ao D4 Doxorrubicina: 12,7 mg/m² IV em 24 horas contínuo do D5 ao D7, iniciada 12 horas após ultima dose de ciclofosfamida Vincristina: 1,4 mg/m² (máximo de 2 mg) IV 12 horas após a última dose de ciclofosfamida e repetida no D12 do ciclo Dexametasona: 40 mg IV ou VO do D2 ao D5 e do D12 ao D15</p>	<p>MODERADO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais</p>	<p>MODERADO COM RITUXIMABE Obs: 1 hora antes da administração de ciclofosfamida deve ser iniciado mesna 600 mg/m² IV por 24 horas do D2 ao D4 e completada 12 horas após a última dose de ciclofosfamida. Profilaticamente deve-se utilizar filgrastim 5 mcg/kg SC, valaciclovir 500 mg VO, fluconazol 100 mg VO e levofloxacino 500 mg VO. Todos administrados diariamente por 10 dias, iniciando 24 a 36 horas após o fim da infusão de doxorrubicina</p>
	<p>Ciclos 2,4,6 e 8 Rituximabe: 375 mg/m² IV no D1. Metotrexato: 200 mg/m² IV no D2 por 2 horas, seguido de 800 mg/m² IV por 22 horas. Citarabina: 3000 mg/m² IV por 2 horas a cada 12 horas no D3 e D4.</p>	<p>MODERADO</p>	<p>MODERADO COM RITUXIMABE Obs:Terapia de Resgate: folinato de cálcio 50 mg VO administrado como resgate do metotrexato 12 horas após a infusão deste, seguido de 15 mg VO a cada 6 horas por 8 doses Terapia de Suporte: profilaticamente deve-se utilizar filgrastim 5 mcg/kg SC, valaciclovir 500 mg VO, fluconazol 100 mg VO e levofloxacino 500 mg VO Todos administrados diariamente por 10 dias, iniciando 24 a 36 horas após o fim da infusão de doxorrubicina.</p>

Fonte: NETO *et al.*, 2013.

Quadro 15 – Protocolos de Tratamento

Tipos de Linfoma	Protocolos de Tratamento	Potencial Emetogênico	Potencial Anafilático
Linfoma de Células Periférico	<p>1- CHOP Ciclofosfamida: 750 mg/m² IV no D1 Doxorrubicina: 50 mg/m² IV no D1 Vincristina: 1,2 mg/m² IV no D1 Prednisona: 40 mg/m²/dia VO do D1 ao D5 Obs: Repetir o ciclo a cada 21 dias, no total de 6 ciclos</p>	ALTO	----
	<p>2- CMED Ciclofosfamida: 2000 mg/m² IV no D1 Metotrexato: 300 mg/m² IV no D1 seguido dentro de 24 horas por folinato decálcio (resgate): 15 mg IV a cada 6 horas no total de 12 doses Etoposídeo: 400 mg/m² IV no D1 e D2 Dexametasona: 20 mg/m² VO do D1 ao D5 Obs: Repetir o ciclo a cada 14 dias, no total de 6 ciclos</p>	ALTO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais	----
	<p>3- HyperCVAD Ciclos 1, 3, 5 e 7 Ciclofosfamida: 300 mg/m² IV em 3 horas a cada 12 horas por 6 doses do D1 ao D3 Mesna: 600 mg/m²/dia IV infusão contínua do D1 ao D3, terminando 6 horas após a última dose de ciclofosfamida. Doxorrubicina: 25 mg/m²/dia IV contínuo no D4 e D5 Vincristina: 1,4 mg/m² (máximo 2 mg/dia) IV no D4 e no D11 Dexametasona: 40 mg VO do D1 ao D4 e do D11 ao D14 Ciclos 2, 4, 6 e 8 Metotrexato: 200 mg/m² IV no D1 por 2 horas, seguido de 800 mg/m² IV por 22 horas Folinato de cálcio: 15 mg IV a cada 6 horas, 24 horas após o metotrexato Citarabina: 3000 mg/m² IV por 2 horas a cada 12 horas no D2 e D3 Obs: Administrar ciclos a cada 21 dias.</p>	MODERADO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais. Profilaxia de conjuntivite por citarabina: solução oftálmica com prednisolona 1%, 2 gotas em cada olho 4 vezes ao dia. Deve ser iniciada no dia da infusão da citarabina e continuada por 7 dias	----

Fonte: NETO *et al.*, 2013.

Quadro 16 – Protocolos de Tratamento

Tipos de Linfoma	Protocolos de Tratamento	Potencial Emetogênico	Potencial Anafilático
Linfoma de Células Periférico	<p>4- mIVAC Ifosfamida: 1500 mg/m² IV em 60 minutos do D1 ao D5 Mesna: 300 mg/m² IV bôlus nas 0h, 4h e 8h depois da ifosfamida Citarabina: 2000 mg/m² IV 2 vezes ao dia, em 60 minutos no D1 a D2 Etoposídeo: 60 mg/m² IV em 60 minutos do D1 ao D5 Obs: Repetir a cada 28 dias, no total de 3 ciclos</p> <p>5- CHOEP Ciclofosfamida: 750 mg/m² IV no D1 Doxorrubicina: 50 mg/m² IV no D1 Vincristina: 2 mg IV no D1 Etoposídeo: 100 mg/m² IV do D1 ao D3 Prednisona: 100 mg VO do D1 ao D5</p>	<p>MODERADO</p> <p>ALTO</p> <p>Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais</p>	<p>----</p> <p>----</p>
Linfoma de Células T/NK	<p>1- Asparaginase + Metotrexato + Dexametasona (AspaMetDex) L-asparaginase: 6000 UI/m² IM no D2, D4, D6 e D8 Metotrexato: 3 g/m² no D1 Dexametasona: 40 mg VO do D1 ao D4</p>	<p>Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais</p> <p>Recomendações: Pacientes com idade acima de 70 anos, considerar redução da dose para metotrexato e dexametasona em 2g/m² e 20 mg por 4 dias, respectivamente</p>	<p>----</p>

Fonte: NETO *et al.*, 2013.

Quadro 17 – Protocolos de Tratamento

Tipos de Linfoma	Protocolos de Tratamento	Potencial Emetogênico	Potencial Anafilático
Linfoma de Células T/NK	<p>2- SMILE Dexametasona: 40 mg IV do D2 ao D4 Metotrexato: 2 g/m² IV em 6 horas no D1 Ifosfamida: 1,5 g/m² IV do D2 ao D4 Mesna: 300 mg/m² IV simultânea à Ifosfamida e 4 e 8 horas depois L-asparaginase: 6000 UI/m² IV no D8, D10, D12, D14, D16, D18 e D20 Etoposídeo: 100 mg/m² IV do D2 ao D4 Obs: Repetir o ciclo a cada 28 dias Iniciar folinato de cálcio 30 horas após o início do metotrexato</p>	MODERADO	----
Linfoma de Células T do Adulto	<p>1- CHOP Ciclofosfamida: 750 mg/m² IV no D1 Doxorrubicina: 50 mg/m² IV no D1 Vincristina: 1,2 mg/m² IV no D1 Prednisona: 40 mg/m²/dia VO do D1 ao D5 Repetir o ciclo a cada 21 dias, no total de 6 ciclos</p> <p>2- EPOCH Etoposídeo: 50 mg/m²/dia IV contínuo 96 horas do D1 ao D4 Vincristina: 0,4 mg/m²/dia IV contínuo 96 horas do D1 ao D4 Doxorrubicina: 10 mg/m²/dia IV contínuo 96 horas do D1 ao D4 Prednisona: 60 mg/m²/dia VO do D1 ao D5 Ciclofosfamida: 750 mg/m² em 30 minutos no D5</p>	<p>ALTO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais</p> <p>MODERADO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais</p>	<p>----</p> <p>----</p>

Fonte: NETO *et al.*, 2013.

Quadro 18 – Protocolos de Tratamento

Tipos de Linfoma	Protocolos de Tratamento	Potencial Emetogênico	Potencial Anafilático
Linfoma de Células T do Adulto	<p>3- HyperCVAD alternado com MTX + Citarabina Altas Doses Ciclos 1, 3, 5 e 7: Ciclofosfamida: 300 mg/m² IV em 3 horas a cada 12 horas por 6 doses do D1 ao D3 Mesna: 600 mg/m² IV infusão contínua do D1 ao D3, terminando 6 horas após a última dose de ciclofosfamida. Vincristina: 2 mg IV nos D4 e D11 Doxorrubicina: 50 mg/m² IV no D4 Dexametasona: 40 mg VO ou IV do D1 ao D4 e do D11 ao D14 Ciclos 2, 4, 6 e 8: Metotrexato: 200 mg/m² IV em 2 horas, seguido de 800 mg/m² IV em 24 horas no D1 Folinato de cálcio: 15 mg IV a cada 6 horas por 8 doses, começando 24 horas após o término da infusão de metotrexato Citarabina: 3000 mg/m² IV em 2 horas a cada 12 horas por 4 doses no D2 e D3 Metilpredisolona: 50 mg IV 2 vezes ao dia no D1 e D3 Profilaxia de conjuntivite por citarabina. Colírio de dexametasona 0,1%: 1 gota em cada olho, 4 a 6 vezes ao dia.</p> <p>4- IFN+Zidovudina Zidovudina: 200 mg VO 5 vezes ao dia (a cada 4 horas enquanto paciente estiver acordado, totalizando 1000 mg/dia) Alfa interferona: 5 MUI/dia SC. Dose pode ser escalonada para 10 MUI uma semana depois se a resposta do paciente for aceitável.</p>	<p>MODERADO Obs: Verificar recomendações para prevenção de náuseas e vômitos dos agentes orais</p> <p>BAIXO A MODERADO</p>	<p>----</p> <p>----</p>

Fonte: NETO *et al.*, 2013.

2.4 ENFERMAGEM

Segundo Cintra (2008), com o movimento reformista de Nightingale, o cuidar assume uma nova face. Higiene, a importância do ambiente, a preocupação em fazer as ações com conhecimento são características que Florence Nightingale imprimiu à enfermagem. Assim mesmo, o comportamento e a atitude das enfermeiras eram caracterizados por uma dualidade: obediência, servilismo, docilidade, mas também autoritarismo.

Segundo (MARTINS *et al.*, 2008, p. 1093), a visão tecnicista do cuidado, “favorece o distanciamento, a indiferença, a incompreensão e a insensibilidade das relações humanas, conduzindo ao predomínio de uma forma racional de cuidar.” Esta visão desfavorece a comunicação como forma de cuidado ao paciente e a família que necessita de atenção promovendo mais segurança e esclarecimentos em relação ao tratamento e estado de saúde do paciente. É, portanto necessário que a sistematização da assistência de enfermagem não se converta num processo mecânico que descarte o lado humano dessa mesma assistência.

Os enfermeiros devem prestar assistência direta ao paciente oncológico, como administração dos medicamentos, orientações aos pacientes e familiares. Entretanto, como gestor do cuidado, devem fazer a supervisão de todo o trabalho da equipe de enfermagem, analisar continuamente os riscos existentes no processo de administração de medicamentos antineoplásicos, buscar as possíveis causas para erros na medicação e adotar ações proativas de prevenção, garantido, assim, uma assistência de qualidade, sem danos ao paciente (COSTA, 2012).

3 METODOLOGIA

Segundo Andrade, (2012, pg. 360), a pesquisa descritiva quantitativa, preocupa-se em observar os fatos, registrá-los, analisá-los, classificá-los e interpretá-los, e o pesquisador não interfere neles. Assim, os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não são manipulados pelo pesquisador.

Seguindo esta perspectiva, será realizada uma abordagem descritiva quantitativa mediante levantamento dos dados estatísticos fornecidos pelo Registro de Câncer de Base Populacional – (RCBP). Para alcançar o objetivo proposto, utilizou-se como fontes produções científicas brasileiras tendo como base de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) através de artigos científicos, teses, dissertações e livros.

O Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) foi criado em 1967 em Recife e em 1969 em São Paulo, estendendo-se posteriormente para as demais capitais.

Atualmente existem mais de 20 Registros de Câncer de Base Populacional em atividade no país, incluindo nestes o estado de Sergipe. Tendo como objetivo Coletar dados de todos os pacientes com diagnóstico de câncer, residentes em uma área geográfica delimitada, após codificação e digitação, os dados são enviados para Secretaria de Estado da Saúde que são encaminhadas ao Instituto Nacional do Câncer (INCA), que faz a consolidação e posterior disponibilização dos dados. As informações disponibilizadas por esta instituição é de fundamental importância para auxiliar na determinação da necessidade de campanhas junto à população, na detecção precoce e prevenção do câncer, como também na avaliação de novas técnicas diagnósticas (IBGE, 2014).

Neste sentido, os indicadores da base de dados e as variáveis que serão abordados no estudo são: casos de linfomas na cidade de Aracaju-SE nos anos de 2000 a 2009. Os dados serão registrados e analisados com o objetivo de conhecer a

epidemiologia dos casos de Linfomas em Sergipe, em seguida mapear os tipos de linfomas e suas características definidoras, pelas variáveis de idade, gênero e diagnóstico histopatológico. Serão excluídos do estudo os casos de crianças e adolescentes.

Por se tratar de dados de domínio público, não será necessária a autorização prévia da instituição, nem o envio ao comitê de ética e pesquisa da Universidade Tiradentes. Contemplando os aspectos ético-legais da RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 (BRASIL, 2012).

4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

De acordo com a base populacional do INCA, no Brasil foram identificados 5.275 casos de Linfoma de Hodgkin e não Hodgkin, Doença de Hodgkin, Linfoma não-Hodgkin Folicular, Linfoma não-Hodgkin Difuso, Linfomas de Células T Cutâneas e Periféricas, Linfoma não-Hodgkin de outros tipos, no período entre 2000 a 2009, nos gêneros masculino e feminino, com idade de 20 a 85+ anos. Até o presente momento a base de dados dispõe de notificações até o ano de 2009, portanto tomamos este marco temporal como base para nossa pesquisa.

No estado de Sergipe, com os dados obtidos após a pesquisa realizada foi possível conhecer a epidemiologia dos casos de linfomas ocorridos neste Estado.

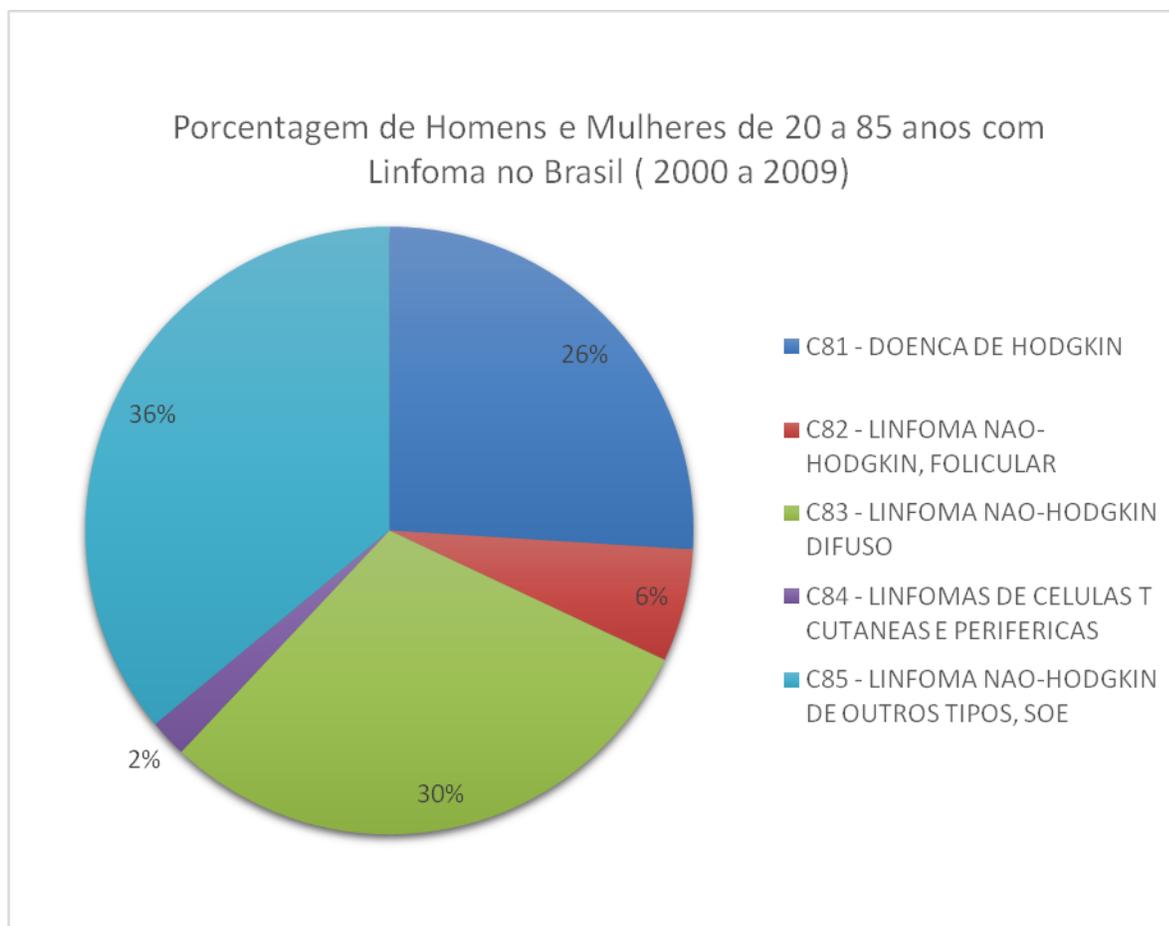
Desta forma foram notificados no período estudado 217 casos de linfomas, a faixa etária dos notificados está entre 20 a 85+ anos de ambos os sexos. Caracterizados por histologia de tumor primário, separados conforme os tipos citados a cima.

Conhecendo a epidemiologia dos casos de Linfomas em Sergipe, podemos mapear os tipos de linfomas e suas características definidoras segundo as variáveis que são: idade, gênero e diagnóstico histopatológico. Discutindo a casuísticas e possíveis intervenções de enfermagem no diagnóstico precoce e no tratamento dos linfomas, descrevendo a aplicação do tratamento ao caso concreto.

No Brasil, no período de 2000 a 2009, pode-se observar um total de 5275 casos de Doença de Hodgkin e Linfoma, com incidência em homens e mulheres na faixa etária de 20 a 85+ anos. Obtendo-se sobre a incidência do Linfoma não-Hodgkin um total de 1892 casos, seguido pelo Linfoma não Hodgkin Difuso com 1587 casos, Doença de Hodgkin 1352, Linfoma não Hodgkin Folicular 321 finalizando com o Linfoma de Células T Cutâneas e Periféricas com 123 casos.

Representados nos gráficos abaixo percentualmente;

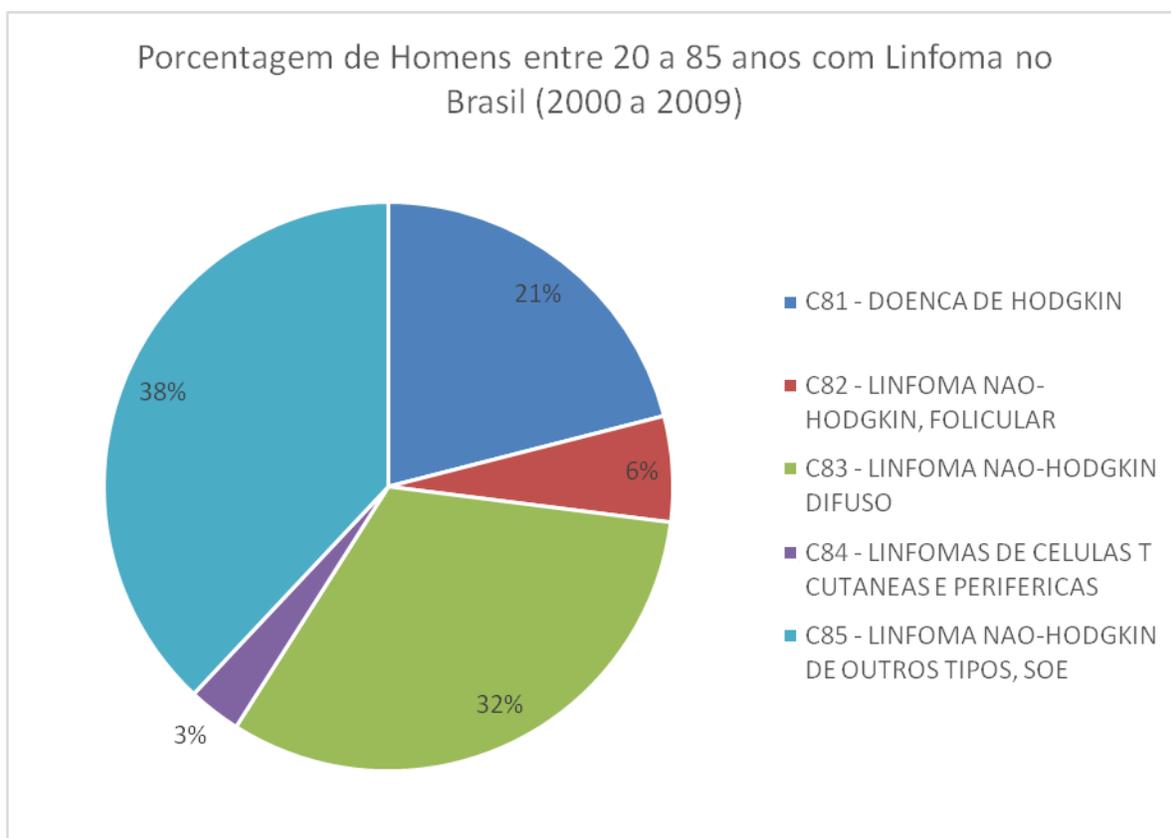
Gráfico 1 – Gráfico do Epidemiológico dos Linfomas no Brasil



Fonte: INCA, 2015.

No que se refere a Brasil gênero masculino com idade de 20 a 85+ anos, de 2000 a 2009, podemos observar um total de 2395 casos de Linfoma de Hodgkin e não-Hodgkin. Com 919 casos o Linfoma não-Hodgkin de outros tipos, 772 casos de Linfoma não-Hodgkin Difuso, Doença de Hodgkin com 505 casos, 135 caos de Linfoma não-Hodgkin Folicular e o Linfoma de Células T Cutâneas e Periféricas com 64 casos.

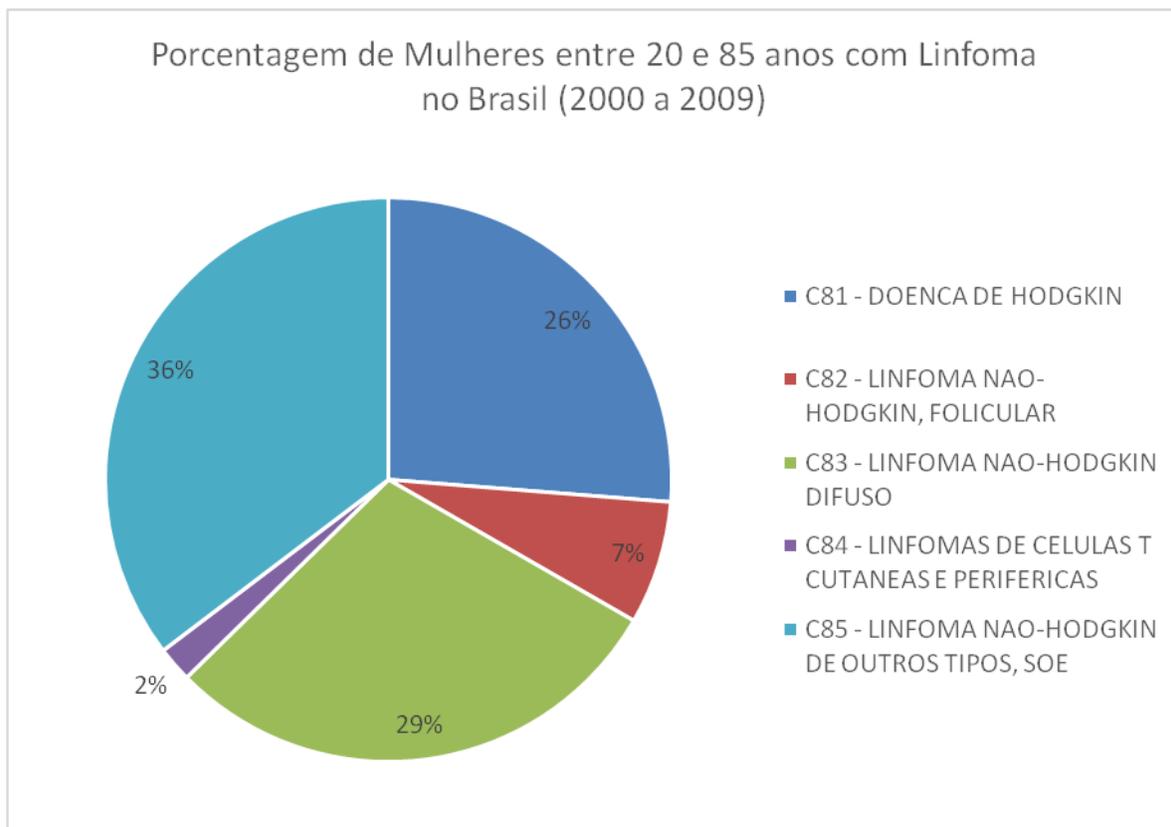
Gráfico 2 – Gráfico Epidemiológico dos Linfomas em Homens no Brasil



Fonte: INCA, 2015.

Com relação ao gênero feminino no Brasil entre as idades de 20 a 85+ anos, durante o período de 2000 a 2009, observamos um total de 2489 casos da Doença de Hodgkin e Linfoma, com predominância do Linfoma de não-Hodgkin de outros tipos com 881 casos, seguido pelo Linfoma não-Hodgkin Difuso com 717 casos, com 650 casos temos a Doença de Hodgkin, o Linfoma não-Hodgkin Folicular com 183 casos e tendo o Linfoma de células T Cutâneas e Periféricas o menor numero de casos com 58 em seu total.

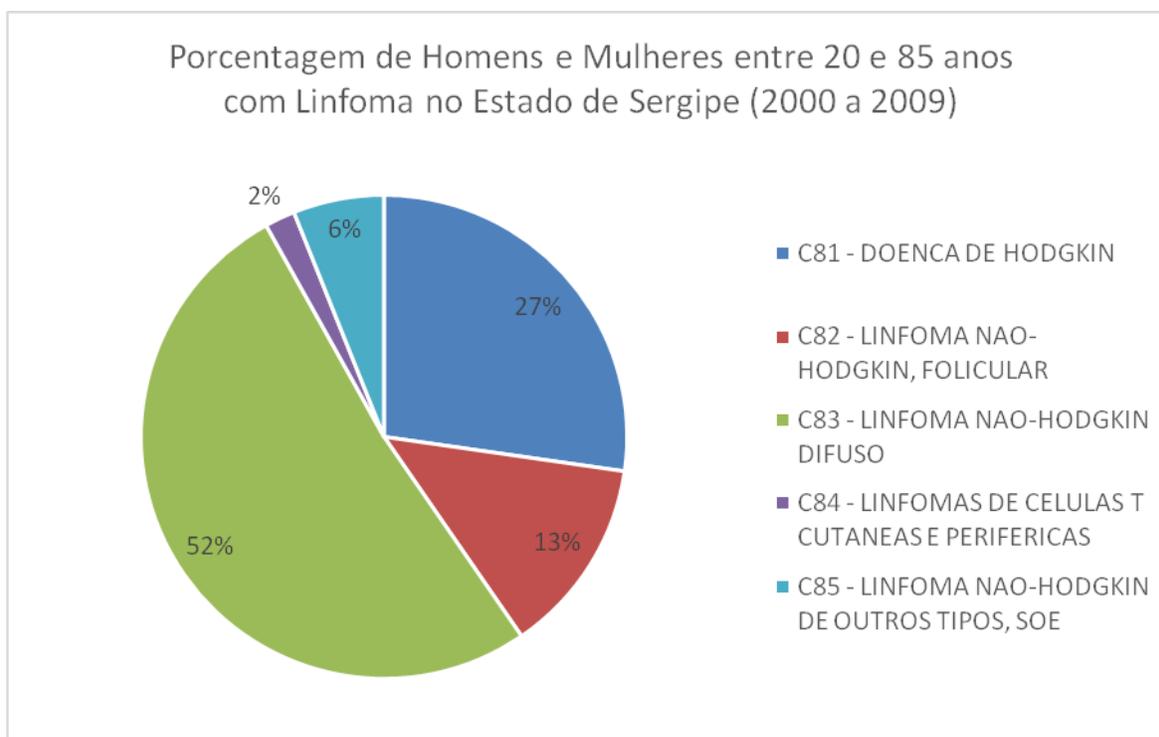
Gráfico 3 – Gráfico Epidemiológico dos Linfomas em Mulheres no Brasil



Fonte: INCA, 2015.

Quanto ao Estado de Sergipe, com relação aos gêneros masculino e feminino, com idade de 20 a 85+ anos, de 2000 a 2009, podemos observar um total de 217 casos de Linfoma de Hodgkin e não-Hodgkin. Sendo o Linfoma não-Hodgkin Difuso com 111 casos, seguido pela Doença de Hodgkin com 59 casos, o Linfoma não-Hodgkin Folicular 29 casos, o Linfoma não-Hodgkin de outros tipos 13 casos finalizando com o Linfoma de Células T Cutâneas e Periféricas com 05 casos da doença.

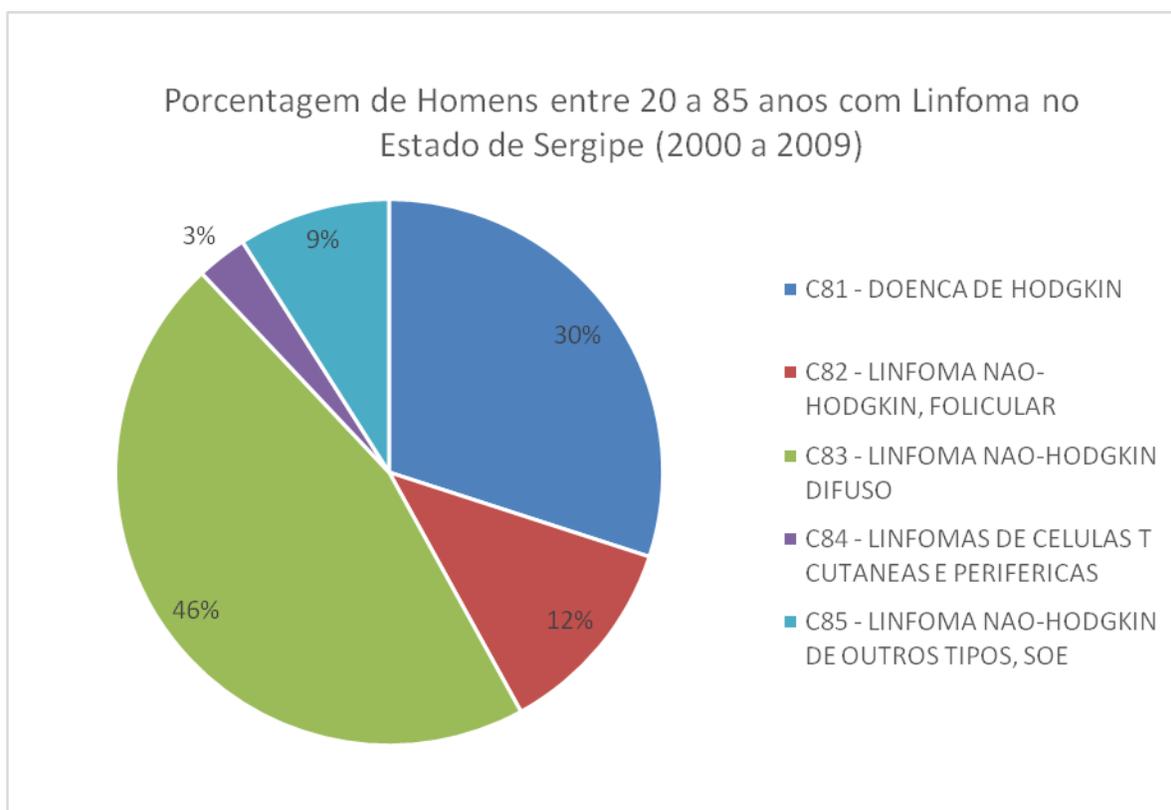
Gráfico 4 – Gráfico Epidemiológico dos Linfomas em Sergipe



Fonte: INCA, 2015.

Em homens do Estado de Sergipe com idade de 20 a 85+ anos, nos períodos de 2000 a 2009 temos um total de 120 casos, com maior incidência do Linfoma não-Hodgkin Difuso apresentando um total de 55 casos, seguindo com a Doença de Hodgkin que tem 36 casos, o Linfoma não-Hodgkin Folicular com 14, o Linfoma não-Hodgkin de outros tipos com 11 casos finalizando com 4 casos total do Linfoma de células T Cutâneas e Periféricas.

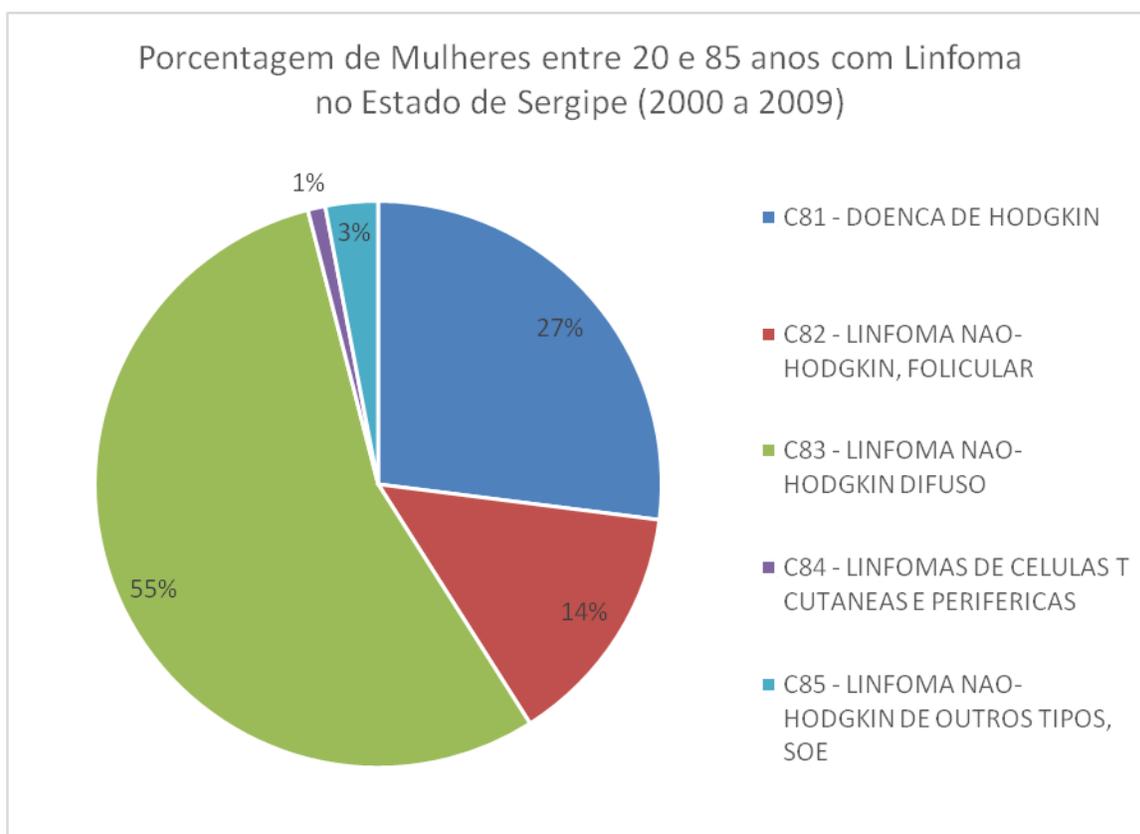
Gráfico 5 – Gráfico Epidemiológico dos Linfomas em Homens em Sergipe



Fonte: INCA, 2015.

De acordo com os dados abaixo, o sexo feminino em Sergipe entre as idades de 20 a 85+ anos, durante o período de 2000 a 2009, observa-se um total de 110 casos da Doença de Hodgkin e os Linfomas, com predominância do Linfoma não-Hodgkin Difuso com 61 casos, seguido da doença de Hodgkin com 30 casos, o Linfoma não-Hodgkin Folicular com 15 casos, o Linfoma não-Hodgkin de outros tipos com 3 casos e tendo o Linfoma de células T Cutâneas e Periféricas o menor número de casos com 01 no seu total.

Gráfico 6 – Gráfico Epidemiológico dos Linfomas em Mulheres em Sergipe



Fonte: INCA, 2015.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se a impressão lacunar, no que diz respeito às notificações dos casos de câncer no estado de Sergipe. Ficou evidenciado que os dados não correspondem a sua totalidade de casos diagnosticados, pois apenas os usuários da capital Aracaju compõem os selecionados para notificação da base de dados nacionais.

O presente estudo destaca a importância do enfermeiro no diagnóstico precoce dos linfomas, acredita-se para aquisição do conhecimento deva ocorrer ainda durante a formação acadêmica maior discussão sobre a temática. Caracterizando-se a abordagem do enfermeiro diante de suas habilidades e competências técnico-científicas, percebe-se no enfermeiro da atenção básica o potencial domínio para identificar e encaminhar os casos suspeitos aos centros de referência, vislumbrando com o diagnóstico precoce maiores chances de sucesso no tratamento.

A enfermagem tem como princípios ações que conduzem ao diagnóstico e tratamento de maneira eficaz e eficiente, respaldada pela regulamentação do exercício da Enfermagem - Lei Nº 7.498/86 - COFEN, tem por responsabilidade os cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas e a participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde, assegurando-lhes o direito de intervir quando forem pertinentes.

Os resultados obtidos neste estudo pretendem contribuir para novas abordagens sobre epidemiologia dos linfomas no Estado de Sergipe. Cumpre ressaltar que o estudo não tem a pretensão de esvaziar, nem que se subestime as novas abordagens, objetos e temáticas neste sentido, sobretudo, no que se refere ao investimento de novas pesquisas, onde prevaleçam a transdisciplinaridade e os princípios acadêmicos das ciências da saúde, apoiada na perspectiva da práxis científica e suas consequências em prol da sociedade.

REFERÊNCIAS

ABRALE, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (2014a)Linfoma folicular. Disponível em; <http://www.abrale.org.br/pagina/classificacao-Inh> Acesso em 26 de setembro 2014.

ABRALE, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (2014b)Linfoma cutâneo de células T. Disponível em; <http://www.abrale.org.br/pagina/classificacao-Inh> Acesso em 26 de setembro 2014.

ABRALE, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (2014c)Linfoma do manto de célula B. Disponível em; <http://www.abrale.org.br/pagina/classificacao-Inh> Acesso em 26 de setembro 2014.

ABRALE, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (2014d)Linfomas de grandes células B. Disponível em; <http://www.abrale.org.br/pagina/classificacao-Inh> Acesso em 26 de setembro 2014.

ABRALE, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (2014e)Linfoma de células B de Burkitt. Disponível em; <http://www.abrale.org.br/pagina/classificacao-Inh> Acesso em 26 de setembro 2014.

ANDRADE, C.T; MAGEDANZ, A.M; ESCOBOSA, D.M; TOMAZ, W.M; SANTINHO, C.S; LOPES, T.O; LOMBARDO, V. **A importância de uma base de dados na gestão.** Einstein. 2012;10(3):360-5.

ARAÚJO, L.H.L; VICTORIANO, A.P.O.deS; MELO, A.C.de; ASSAD, D.X; LIMA, D.S; ALENCA R, D.R.de; MOREIRA, M.M.L; METZGER FILHO, O; COELHO, R.deF.de S; ASMAR S.B; PERREIRA, B.dos S.V; SCHELIGA. **Linfoma não Hodgkin de alto grau-Revisão de literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(2): 175-183, Artigo sub.** Em 05/06/07, pub. em 4/01/08. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v02/pdf/revisao_5_pag_175a183.pdf>. Acessado em 15 agost. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>, Acesso em 21 de Setembro de 2014.

CINTRA, Eliane Araújo; NISHIDE, Vera Médice; NUNES, Wilma Aparecida. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo.** São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

COSTA, Efraim Carlos. **Segurança na administração de medicamentos antineoplásicos:** conhecimentos e ações de profissionais de enfermagem – UFG. Goiás, 2012.

FARIAS, Gonçalves; CARNEIRO, Gleicy Gabriela V. S.; MACIEL, Anderson da Silva; MEIRELLES, Mayle; SANTOS, Jean Nunes. **Linfoma não-Hodgkin de células B: relato de caso** Aprovado em 27/03/2008, Disponível em: <http://www.revistacirugiabm.com/2008/v8n3/3.pdf>. Acessado em: 15 set. 2014.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro; GALLO, Cláudia Vitória de Moura; Gulnar Azevedo e MENDONÇA, Silva. **Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes** Revista Brasileira de Cancerologia 2005. Artigo sub. 03/08/04, publicado em 20/05/05. Disponível em: http://www.eteavare.com.br/arquivos/81_392.pdf. Acessado em 15 agost. 2014.

IBGE, 2014. Disponível em: http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/registro-de-cancer-de-base-populacional_rcbp. Acesso em 10 de Novembro de 2014.

INCA. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil.** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro:, 2014. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf> Acesso em 15 de set. 2014.

INCA, 2015. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/estatisticas/site/home/rcbp>> Acesso em 15 de mar. 2015.

LOPES, Ademar; IYAYASU, Hirofumi; CASTRO, Rosa Maria R. P. S. **Oncologia para graduação.** 2. ed. São Paulo: Tecmedd, 2008. 739 p.

MACHADO, M.; CORREIA, A.; FALCÃO, L. M.; RAVARA, L. P. **Linfoma de Hodgkin – Conceitos actuais. Medicina Interna**, v.11, n.4, 207-215p. Lisboa, agosto, 2004.

MARTINS, J.J; NASCIMENTO, E.R.P; GEREMIAS, C,K; SCHNEIDER, D.G; SCHWEITZER, G;MATTIOLI NETO, H. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2008;10(4):1091-101.Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>>.Acesso em 23de set. 2014.

MERCK, Laboratórios. **Manual de orientação**, 2014. Disponível em: <<http://www.msd.pt/Paginas/home.aspx>>. Acesso em 26 de setembro de 2014.

NETO, M.C; HAMERSCHLAK,N; RIBEIRO,A.A.F; GUENDELMANN,R.A.K; SANTOS,V.A. dos. Guia de Protocolos e Medicamentos para Tratamento em Oncologia e Hematologia 2013. São Paulo, Hospital Albert Einstein, 2013.516p.

NETO, M. M. S.; JALIL, E. M.; ARAÚJO, I. B. O. **Linfomas não-Hodgkin extranodais em Salvador-Bahia: Aspectos clínicos e classificação histopatológica segundo a OMS-2001**, Rev. Bras Hematol Hemoter. 2008 ;30(1):36-40.

RODRIGUES,J.S. M; FERREIRA,N.M.L.A. **Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir**. Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(4): 431-441, Artigo pub. em 10/8/10, pub. em 28/9/10. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v04/pdf/05_artigo_caracterizacao_perfil_epidemiologico_cancer_cidade_interior_paulista_conhecer_para_intervir.pdf>. Acessado em 28 agost. 2014.

SEMEDO,F;QUINTANEIRO,C;SILVA,R.S;LOUREIRO,L;DIAS,R;GUEDESA,F,PEREIRA ,A. **Linfoma intestinal de células T e doença celíaca**. GE J Port. Gastreterol. 2013;20(3):123-127. Disponível em: <<https://mortalidade.ica.gov.br/mortalidadedeweb/pages/Modelo01/consultar.xhymI;jsessionid=...>>. Acessado em 28 agosto 2014.

SILVA, Fernanda Azevedo; Meis, Ernesto; DOBBIN, Jane de Almeida; OLIVEIRA, Maria do Socorro Pombo. **Leucemia-linfoma de células T do adulto no Brasil: epidemiologia, tratamento e aspectos controversos**. Revista Brasileira de

Cancerologia, 2002, 48(4): 585-595. Disponível em:
<http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v04/pdf/revisao4.pdf>. Acessado em 19/11/2014.

7 ASSINATURAS E DATA

Autor ou responsável pela proposta Especialista Ângela Maria Melo Sá Barros

Pesquisador Katiúscia Santos Emídio

Pesquisador Layana Soares da Costa

ARACAJU _____ DE _____ DE 2015