

**INSTITUTO NACIONAL DE ENSINO SUPERIOR E PESQUISA**

**CENTRO DE CAPACITAÇÃO EDUCACIONAL**

**TAYSA MAYARA LINS RIBEIRO E SILVA**

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E AVALIAÇÃO  
BIOPSISSOCIAL EM PACIENTES COM LINFOMA**

**RECIFE  
2016**

**TAYSA MAYARA LINS RIBEIRO E SILVA**

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E AVALIAÇÃO  
BIOPSISSOCIAL EM PACIENTES COM LINFOMA**

Monografia apresentada ao Instituto Nacional de Ensino Superior e Pesquisa e Centro de Capacitação Educacional, como exigência do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Hematologia e Hemoterapia Laboratorial.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karla Melo Ferreira da Silva

**RECIFE  
2016**

S586i

Silva, Taysa Mayara Lins Ribeiro e.

Importância do diagnóstico precoce e avaliação biopsicossocial em pacientes com linfoma./ Taysa Mayara Lins Ribeiro e Silva. – Recife, 2016.

37f.:il.

Monografia: Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Hematologia e Hemoterapia Laboratorial – Instituto Nacional de Ensino Superior e Pesquisa. Centro de Capacitação Educacional.

Orientador(a): Dr<sup>a</sup>. Karla Melo Ferreira da Silva.

1. Linfoma de Hodgkin. 2. Linfoma de Não - Hodgkin.
  3. Diagnóstico. 4. Avaliação Biopsicossocial.
- I. Título.

CDU:616-006.44(043.2)

**TAYSA MAYARA LINS RIBEIRO E SILVA**

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNOSTICO PRECOCE E AVALIAÇÃO  
BIOPSISSOCIAL EM PACIENTES COM LINFOMA**

Monografia para obtenção do grau de Especialista em Hematologia e Hemoterapia Laboratorial.

**EXAMINADOR:**

Nome:

Titulação:

**PARECER FINAL:**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a Deus por estar sempre me guiando e proporcionando momentos memoráveis no âmbito acadêmico.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus por nunca me desamparar e sempre estar ao meu lado nos momentos de felicidade como também nos momentos mais difíceis. Sem a mão majestosa do Pai e a intercessão da Virgem Maria, eu teria fraquejado e desistido de realizar o sonho de ser hematologista.

À minha mãe, minha heroína, presença constante com seu jeito solidário, compreensivo e incentivador, que sempre me deu apoio nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

Ao meu pai, um exemplo de pessoa honesta, justa, ética, que se sacrificou para me proporcionar esta formação, educou-me e me passou todos os seus valores que os levarei para toda vida.

À minha irmã, sempre amorosa e disposta a me ajudar, a descontrair e levantar o astral em todos os momentos.

À minha orientadora, prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karla Melo Ferreira da Silva, pela sua dedicação e paciência dispostas na realização deste estudo.

A todos os meus amigos da turma da pós em Hematologia, pelos tantos momentos de estudo, companheirismo e felicidade que passamos juntos durante esta jornada.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte deste degrau da minha vida acadêmica, o meu muito obrigado.

*“A verdadeira medida de um homem não é como ele se comporta em momentos de conforto e de conveniência, mas como ele se mantém em tempos de controvérsia e desafio.*

*Martin Luther King*

## RESUMO

Os linfomas são definidos como uma neoplasia maligna de células linfóides, iniciando nos tecidos linfáticos, medula e sangue, classificados em dois grandes grupos: Linfoma de Hodgkin e não Hodgkin. O que diferencia o tipo da doença são as células de Hodgkin e Reed-Sternberg detectadas, sendo de origem linfóide, clonal e derivadas de células B. Segundo estimativas do INCA para o ano de 2016, o Brasil apresentará 1.460 novos casos de Linfoma de Hodgkin no sexo masculino e 1.010 casos no sexo feminino. Já o linfoma de Não-Hodgkin terá em 2016 5.210 novos casos notificados em homens e 5.030 em mulheres. O câncer é uma patologia que causa certo desconforto e desestruturação no psicológico e emocional do paciente e seus familiares, sendo frequentemente associado à sentença de morte. O diagnóstico do linfoma de Hodgkin é baseado na sintomatologia do paciente, principalmente pela alteração nos gânglios linfáticos e avaliação através do exame histopatológico ao microscópio óptico. O principal objetivo deste trabalho foi relatar a importância do diagnóstico precoce, tendo um olhar biopsicossocial da patologia compreendendo as dimensões físicas, psicológicas e sociais que cercam o paciente e como o emocional reflete no seu tratamento e diagnóstico. Foi realizada uma revisão de literatura enfocando a importância do diagnóstico precoce e avaliação biopsicossocial em pacientes com linfoma. Para fomentar a construção da revisão, foram realizadas buscas em artigos de revistas indexadas em acervos eletrônicos como, os sites da Scientific Electronic Library Online (Scielo), banco de dados da Publisher Medline (PubMed), BVS (Biblioteca Virtual de Saúde). O diagnóstico de câncer causa vários sofrimentos e dor na vida do paciente e de seus familiares, devido a uma série de formas de tratamento invasivas que causam desconfortos e medos, principalmente o da morte. Quanto mais cedo forem diagnosticados, tendo um assistencialismo adequado e preciso, maiores são as chances de cura do indivíduo. É preciso atenção na detecção precoce de linfonodos periféricos palpáveis que permanecem aumentados durante um período de 4 a 6 semanas, sem causa definida e o tamanho do baço, que poderá elevar-se.

**Palavras-chave:** Linfoma de Hodgkin. Linfoma de Não-Hodgkin. Diagnóstico. Avaliação Biopsicossocial.



## ABSTRACT

Lymphoma is defined as a malignant neoplasm of lymphoid cells, starting in the lymphoid tissues, bone marrow and blood. It is classified as two big groups: Hodgkin's Lymphoma and Non-Hodgkin's Lymphoma. What differentiate the type of the disease are the Hodgkin and Reed-Sternberg cells detected which origins can be lymphoid, clonal or derived from B cells. According to INCA's expectation for the year of 2016, Brazil will have 1.460 new cases of Hodgkin's Lymphoma in males and 1.010 in females, 5.120 new cases of Non-Hodgkin's Lymphoma in males and 5.030 in females. Cancer is a pathology that causes some discomfort and affects the patient and his/hers family psychologically and emotionally, being frequently associated with death sentence. The diagnosis of the Hodgkin's Lymphoma is based on the patient symptomatology, it's based mainly on changes in the lymph nodes and microscopic examination of histopathologic exams. The main objective of this work was to report the importance of early diagnosis, approaching the pathology in a biopsychosocial way comprehending the physical, psychological and social dimensions that surround the patient and how the emotional reflects in his/hers treatment and diagnosis. A literature review was conducted focusing in the importance of the early diagnosis and biopsychosocial examination in patients with lymphoma. In order to conduct the literature review, research had been made in articles of magazines from electronic collections such as Scientific Electronic Library Online (SciELO), Publisher Medline (PubMed) database, Health Virtual Library (HVL). The cancer diagnosis causes lots of pain to the patient and his/hers relatives because of a series of invasive treatments providing discomfort and fear, mainly of death. As much earlier the diagnosis is made, having a precise and appropriate welfare service, the chances of cure will be higher. It's required attention at the early detection of the touchable lymph nodes that remain swollen during a period of 4 to 6 weeks without any particular causes and the size of the spleen, which can increase.

Keywords: Hodgkin's Lymphoma, Non-Hodgkin's Lymphoma, Diagnosis, Biopsychosocial Examination.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Sistema Linfático, Nódulos Periféricos e Nódulos Internos.....	17
Figura 2 - Célula de Hodgkin e Reed- Stenberg.....	21
Figura 3 - Células inflamatórias e as Células Atípicas.....	22
Figura 4 - Infiltrado de Celularidade Mista no Linfoma.....	23
Quadro 1 - Classificação de Ann Arbor para Linfoma de Hodgkin com as modificações de Cotswolds.....	24
Quadro 2 - Anticorpos Monoclonais aprovados pelo FDA.....	25

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABRALE</b>	Sociedade Brasileira de Linfoma e Leucemia
<b>APAC</b>	Autorização para Procedimento de Alta Complexidade
<b>AcMs</b>	Anticorpo Monoclonal
<b>ANTI CD20</b>	Anticorpo Monoclonal CD20
<b>CONITEC</b>	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
<b>CD4</b>	Grupamento de diferenciação 4
<b>CCDA</b>	Células Dependentes de Anticorpos
<b>CDC</b>	Citotoxicidade Dependente do Complemento
<b>Célula NK</b>	Células Natural Killer
<b>DNA</b>	Ácido Desoxirribonucleico
<b>DHL</b>	Lactato Desidrogenase
<b>EBV</b>	Vírus Epstein-Barr ou Hepervirus Humano 4
<b>EM</b>	Esclerose Múltipla
<b>FDA</b>	Food and Drug Administration
<b>HTLV-1</b>	Vírus Linfotrópico da Célula Humana do Tipo 1
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>INCA</b>	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
<b>LCB</b>	Linfoma de Células B
<b>LDGCB</b>	Linfoma Difuso de grandes células B
<b>LF</b>	Linfoma Folicular
<b>LH</b>	Linfoma de Hodgkin
<b>LLC</b>	Leucemia Linfoide Crônica
<b>LMA</b>	Leucemia Mieloide Aguda
<b>LNH</b>	Linfoma não-Hodgkin
<b>MALT</b>	Tecido Linfóide Associados a Mucosa

<b>MM</b>	Mieloma Múltiplo
<b>NK</b>	Células Natural Killer"
<b>PET</b>	Positron Emission Tomography
<b>PubMed</b>	Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos
<b>SBCANCER</b>	Sociedade Brasileira de Cancerologia
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCTH</b>	Transplante de células-tronco hematopoeiticas autólogos
<b>VHS</b>	Velocidade de Hemossedimentação

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1	JUSTIFICATIVA.....	15
1.2	OBJETIVOS.....	15
1.2.1	<b>Objetivo Geral</b> .....	15
1.2.2	<b>Objetivos Específicos</b> .....	15
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTOS TEÓRICOS</b> .....	<b>17</b>
3.1	<b>SISTEMA HEMATOPOÉTICO</b> .....	17
3.2	<b>FISIOPATOLOGIA DO LINFOMA</b> .....	18
3.3	<b>DIAGNÓSTICO CLÍNICO E PROGNÓSTICO DO LINFOMA</b> .....	19
3.4	<b>DIAGNÓSTICO LABORATORIAL E IMPORTÂNCIA DO DIAGNOSTICO PRECOCE</b> .....	20
3.5	<b>TRATAMENTO DO LINFOMA</b>	23
3.6	<b>INFLUÊNCIA DOS FATORES EMOCIONAIS NOS PACIENTES COM LINFOMA</b> .....	27
3.7	<b>REALIDADES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS</b> .....	28
<b>4</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>31</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>32</b>
	<b>ANEXO A Declaração De Direitos Autorais</b> .....	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As neoplasias hematológicas são patologias caracterizadas pela proliferação descontrolada das células sanguíneas, sendo liberadas da medula óssea para o sangue periférico ainda na sua fase imatura. Dentre as neoplasias mais frequentes em crianças, estão as leucemias e os linfomas. Os linfomas são definidos como uma neoplasia maligna de células linfóides, iniciando nos tecidos linfáticos, medula e sangue, classificados em dois grandes grupos: Linfoma de Hodgkin e não Hodgkin. O que diferencia o tipo da doença são as células de Hodgkin e Reed-Sternberg detectadas, sendo de origem linfóide, clonal e derivados de células B. Entretanto, Filho (2011), descreve o linfoma como um crescimento atípico e clonal que se propaga com as mesmas características morfológicas e funcionais.

Segundo estimativas do INCA (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva) para os anos de 2016/2017, Brasil atingirá 596 mil novos casos de cânceres no decorrer desses anos, tendo uma média de 295.200 novos casos notificados em homens e 300.800 novos casos notificados em mulheres. Estimam-se que no Brasil, no decorrer do ano de 2016, o linfoma de Hodgkin apresentará 1.460 casos no sexo masculino e 1.010 casos no sexo feminino. Já o linfoma de Não-Hodgkin terá em 2016 5.210 novos casos notificados em homens e 5.030 em mulheres (INCA, 2016).

O câncer é de fato um problema de saúde pública, onde os pacientes encontram dificuldades em obter um tratamento qualificado e preciso quando dependem dos serviços públicos de saúde, onde os controles e prevenções do câncer deveriam ser priorizados em todas as regiões, independente das suas condições econômicas, culturais e sociais.

O linfoma de Não-Hodgkin apresenta seus riscos em relação à idade, acomete mais homens do que mulheres e histórico familiar como parentes de primeiro grau, principalmente irmãos do mesmo sexo. Sua causa ainda é desconhecida, mas acreditam-se que exista alguma associação com alteração no sistema imune, pessoas transplantadas, indivíduos infectados pelo vírus HIV devido está diretamente relacionado à imunossupressão crônica, sendo particularmente mais frequentes nos paciente com baixa contagem de CD4 (Grupamento de

diferenciação 4, molécula que se expressa na superfície dos linfócitos de células T, macrófagos, monócitos e células dendríticas) (BRASIL, 2014).

As principais alterações hematológicas no linfoma de Hodgkin são leucocitose e linfocitose, além do VHS (Velocidade de Hemossedimentação) aumentado. É observada também uma hipercalcemia pelo aumento do calcitriol. O diagnóstico do linfoma de Hodgkin dar-se através de uma biópsia de um linfonodo ou de outro local afetado pelo tumor e para auxiliar no diagnóstico faz-se a imunofenotipagem para classificar o tipo de linfoma. São visualizados células de Reed- Sternberg, caracterizando o aspecto inflamatório e células de Hodgkin, são células mononucleadas com nucléolo proeminentes. Já o diagnóstico clínico baseia-se nos sintomas, que podem aparecer em qualquer parte do corpo e localização.

Quando se desenvolve nos linfonodos, o mesmo aumenta de tamanho e na maioria das vezes são indolores. Quando atingem o tórax, o paciente se queixa de tosse, dispneia e dor torácica. Na pelve e abdome, os sintomas são distensão abdominal. No geral, apresentam outros sintomas como: febre, fadiga, sudorese noturna, perda de peso, e prurido. (FILHO, 2011; INCA, 2015).

O tratamento do linfoma depende da evolução da doença. Baseia-se na poliquimioterapia seguida de radioterapia ou não, sendo utilizadas também para aqueles pacientes que sofrem de recaídas. Outra alternativa é o Transplante de Células-Tronco Hematopoeíticas Autólogos (TCTH). A utilização dessa técnica depende do subtipo do linfoma, esclarecimento da situação do linfoma previamente ao transplante, se é sensível ou resistente e dos fatores clínicos-biológicos ligados à patologia. (BALDISSERA et al., 2010).

Contudo, as crianças portadoras das neoplasias malignas, especificamente dos linfomas enfrentam uma série de problemas que a própria doença provoca em relação a seu bem estar físico, psíquico e emocional, refletindo, assim no seu diagnóstico. Estudos indicam que a qualidade de vida do paciente tende a melhorar o quadro terapêutico e clínico, sendo de extrema importância o suporte psicossocial dos familiares em meio ao tratamento (NICOLUSSI, 2012).

## **1.1 JUSTIFICATIVA**

Diante da considerável frequência dos casos de linfoma e sua elevada morbidade, torna-se evidente a necessidade de sistematizar alguns conceitos básicos e fundamentais, além de direcionar a um diagnóstico precoce a fim de esclarecer um pouco mais dessa patologia. Por tratar-se de uma neoplasia, considerou-se importante a sinalização quanto o poder do emocional na influência do tratamento de pacientes com o linfoma, abordando uma avaliação biopsicossocial no seu diagnóstico e tratamento.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

Relatar a importância do diagnóstico precoce do linfoma, tendo um olhar biopsicossocial da patologia, compreendendo como o emocional reflete no seu diagnóstico e tratamento.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Explicar a fisiopatologia do Linfoma;
- Enfatizar o diagnóstico laboratorial e clínico de forma precoce;
- Ressaltar a importância da avaliação Biopsicossocial.



## 2 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura enfocando a importância do diagnóstico precoce e avaliação biopsicossocial em pacientes com linfoma. Para fomentar a construção da revisão, foram realizadas buscas em artigos de revistas indexadas em acervos eletrônicos como, os sites da Scientific Electronic Library Online (Scielo), banco de dados da Publisher Medline (PubMed), BVS (Biblioteca Virtual de Saúde). Foram utilizadas as palavras-chaves: Linfoma de Hodgkin. Linfoma de Não-Hodgkin. Diagnóstico. Avaliação Biopsicossocial.

A pesquisa considerou artigos publicados entre os anos de 2010 a 2015, incluindo-se publicações no idioma português e inglês.

Foi realizada uma análise exploratória para reconhecimento dos artigos que interessavam à pesquisa de maneira geral, além destes, foram incluídos legislação e manuais aplicados ao tema.

### 3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

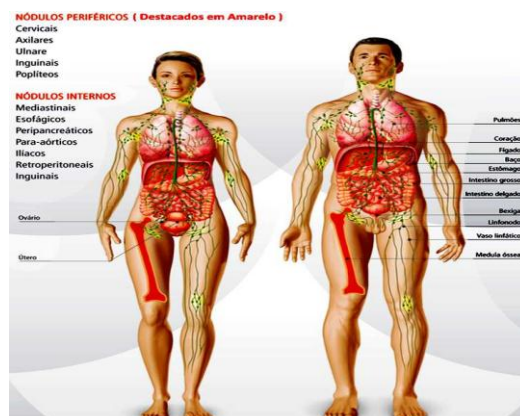
#### 3.1 SISTEMA HEMATOPOIÉTICO

As células sanguíneas originam-se na medula óssea através de uma célula progenitora comum, chamada stem cell, dando origem às linhagens mielóide e linfóide. Os órgãos linfóides são classificados em: primários e secundários. O primário é a medula óssea, onde ocorre a formação de todas as células sanguíneas e maturação dos linfócitos de células B e no timo ocorre a maturação dos linfócitos de células T. Os órgãos linfóides secundários tem a função de reter os antígenos e permitir a interação dos linfócitos com os mesmos, tendo o sistema linfático, baço e Tecidos Associados a Mucosa (MALT) compondo esses órgãos (SILVA et al., 2009).

O sistema linfático exerce a função de defesa imunológica, transportando antígenos e linfócitos. Existem três tipos de linfócitos: os linfócitos B (ou células B), os linfócitos T (ou células T), e as células "natural killer" (células NK). Os linfócitos T fazem a defesa contra vírus, fungos e bactérias, diferenciando as células do organismo de corpos estranhos. Os linfócitos B são produtores de anticorpos que atuam no reconhecimento e destruição do antígeno apresentados pelos linfócitos T, além de desenvolverem memória imunológica. Os linfócitos NK são responsáveis por defender o corpo contra células cancerígenas e infecções viriais, são células grandes que possuem memória. (INCA, 2016)

De acordo com a figura 1, pode-se observar anatomicamente o sistema linfático e seus nódulos, como os periféricos e internos.

Figura 1- Sistema Linfático e Nódulos Periféricos e Internos



Fonte: Abrale (2012)

### 3.2 FISIOPATOLOGIA DO LINFOMA

O sistema linfático é composto por órgãos como timo, baço, amígdalas, medula óssea e tecidos linfáticos no intestino, além de vasos responsáveis por transportar o fluido linfático, chamado de linfa, dos tecidos para o sistema circulatório e os linfonodos encontrados em todas as partes do corpo, sendo o pescoço, virilha, axilas, pelve abdome e tórax, onde abrigam os linfócitos, que são células responsáveis pela defesa e produção de anticorpos naturais (ABRALE, 2012; FILHO, 2011).

Os linfomas são neoplasias primárias do tecido linfoide, causando uma proliferação atípica e clonal das células, iniciando por uma transformação maligna de um linfócito no sistema linfático, resultando em uma mutação no DNA na linhagem linfoide, ocorrendo um crescimento descontrolado e exacerbado dessas células. São classificados em dois tipos: Linfoma de Hodgkin (LH) e Linfoma de não-Hodgkin (LNH), sendo diagnosticados pelo tipo de células visualizadas na microscopia, o ritmo do desenvolvimento e crescimento do tipo de linfoma e resposta ao tratamento. O quadro de um paciente com linfoma agrava-se quando ocorre disseminação para outros órgãos e atinge a medula óssea. (INCA, 2016)

Segundo a Sociedade Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE), os linfomas não Hodgkin (LNH) são mais frequentes em crianças e adolescentes, tendo uma estimativa de 60% dos casos diagnosticados. Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), afirma que o linfoma pode afetar qualquer faixa etária, sendo comumente diagnosticados na idade adulta jovem, de 15 a 40 anos, apresentando indivíduos de 25 a 30 os mais frequentes. (ABRALE, 2015; INCA, 2015).

Os indivíduos mais vulneráveis em desenvolver o linfoma de não-hodgkin são aqueles que apresentam distúrbios da imunodeficiência adquirida, fatores genéticos, infecções pelo vírus HTLV-1 e Epstein-Barr (EBV), redução da função do sistema imunológico (por exemplo, os transplantados), herbicidas ou alta doses de radiação, quimioterápicos ou drogas imunossupressoras utilizadas para o tratamento de outras patologias (SBCANCER,2016).

Estudos relatam que o histórico genético do indivíduo e os fatores externos estão intimamente interligados em desenvolver o linfoma, onde a etiopatologia da doença propriamente dita ainda é pouco conhecida. Enquanto à sintomatologia,

verifica-se na maioria das vezes desenvolvimento dos gânglios linfáticos e inchaço no pescoço, axila ou virilha, apresentando sem nenhuma queixa de dor e sem respostas ao tratamento com antibióticos. O indivíduo pode ter perda de peso e apetite, náuseas, vômitos, febres, suores noturnos, coceiras, pressão anormal, dor nos ossos, dor de cabeça entre outros (FILHO, 2011).

### **3.3 DIAGNÓSTICO CLÍNICO E PROGNÓSTICO DO LINFOMA**

O diagnóstico do linfoma dar-se através de um bom prognóstico, identificando os principais sinais e sintomas da doença apresentada pelo paciente, como: adenopatias, sendo comuns em pacientes com linfoma de Hodgkin, podendo ser localizada ou generalizada, alteração imunológica, como deficiência e desordens autoimunes, agentes infecciosos, contato com agentes químicos e físicos, como: inseticidas, anticonvulsivantes, benzenos, tricloroetileno, tiner de tinta, graxas e óleos, entre outros (SBCANCER, 2016).

O linfoma de Hodgkin é uma neoplasia originada no sistema linfático e reticuloendotelial, mais frequentes em países desenvolvidos e são classificados entre as neoplasias que tem uma melhor resposta ao tratamento à quimioterapia e radioterapia. Apresentam um bom prognóstico em pacientes como crianças, afetando principalmente adultos, tendo grandes chances de curas, variando de paciente para paciente, tendo alguns que podem cursar com recidivas depois do tratamento com quimioterapia ou radioterapia, alcançando aproximadamente 80% ou mais de índice de cura de pacientes em fase inicial de tratamento e recidivas (RODRIGUES et al., 2013; SOUZA, 2010).

Estudos realizados em portadores dessa neoplasia revelaram que os principais fatores prognósticos no desenvolvimento do linfoma de Hodgkin em adultos foram: anemia, idade avançada, nível de albumina, contagem de linfócitos e nível avançado da doença (MENDES et al., 2012). O diagnóstico do linfoma de Hodgkin é baseado na sintomatologia do paciente, principalmente pela alteração nos gânglios linfáticos e avaliação através do exame histopatológico ao microscópio óptico. Os gânglios apresentam-se com uma consistência borrachosa, além de estarem aumentados de tamanhos, correndo o risco de haver disseminação no fígado e medula óssea (SBCANCER, 2016).

Já o linfoma de não Hodgkin é classificado de acordo com o tipo de linfócito que afetam, sendo dois tipos: indolentes e agressivos. Os indolentes tem progressividade mais lenta, os sintomas aparecem relativamente mais brandos, mesmo depois do diagnóstico clínico e a cura desse tipo de linfoma é menos frequente, tendo um mal prognóstico. Os agressivos, quando não tratados precocemente, podem levar ao óbito rapidamente e são os mais diagnosticados, apresentando chances de curas (INCA, 2016).

O linfoma de Não- Hodgkin é considerado o segundo câncer que acomete a região da cabeça e pescoço, afetando cerca de 50% dos pacientes, onde aproximadamente pouco mais de 40% dos pacientes com esse tipo de linfoma ficam curados. (FERREIRA et al., 2013; CONETEC, 2014).

### **3.4 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL E IMPORTÂNCIA DO DIAGNOSTICO PRECOCE**

O hemograma é um exame que fornecem informações da análise do sangue periférico, verificando se a medula está produzindo uma quantidade suficiente de células de diferentes linhagens e se o processo de proliferação e diferenciação de cada tipo celular estão se desenvolvendo de maneira adequada em todas as linhagens celulares. No hemograma de pacientes com Linfoma é comum apresentar valores das células sanguíneas abaixo do normal, observando quadros de anemia e pancitopenia profunda, como leucopenia, neutropenia, linfocitose e plaquetopenia (MATOS, 2013).

A maioria dos pacientes oncológicos apresentam concentrações de hemoglobina menores que 12g/dl, devido a própria doença que provocam um encurtamento na sobrevivência das células vermelhas, falha da medula óssea em aumentar a eritropoese como resposta à anemia e alteração do fluxo do ferro a partir dos sítios de armazenamento no sistema reticuloendotelial até o plasma (FERNANDES, 2011).

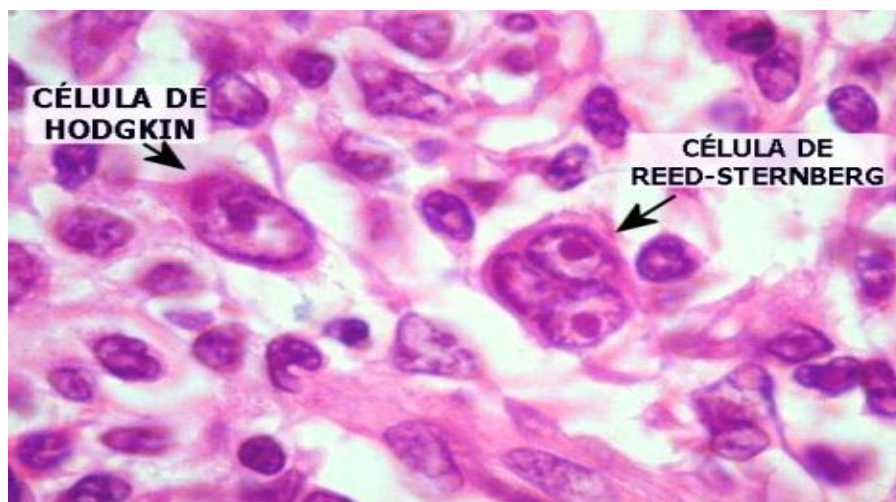
A leucopenia acompanhada de neutropenia, principalmente após o tratamento com quimioterapia e radioterapia, ficando susceptíveis a contraírem infecções. A linfocitose é a característica principal dessa patologia, por ser um câncer que acomete o sistema linfático, especificamente os linfócitos, aumentando, assim a produção. A plaquetopenia ou trombocitopenia caracteriza-se pela diminuição no

número de plaquetas no sangue, devido a hemorragias internas que o paciente com linfoma podem apresentar, principalmente no intestino, presença de sangue no vomito ou fezes ou hemorragia cerebral. Observa-se também alteração na enzima Desidrogenase Láctica (DHL) que é um marcador de dano tecidual, abundante em células vermelhas, podendo ser avaliado também em casos de hemólise (FERNANDES, 2011).

Os principais exames que auxiliam no diagnóstico do linfoma são biopsia do gânglio linfático afetado, radiografia do tórax, exames laboratoriais, tomografias computadorizada do abdome e pelve e biopsia da medula óssea, em casos especiais, a laparoscopia é essencial em situações de dúvidas, se a doença está presente no abdome.

Na biopsia obtém uma amostra da lesão para realizar a avaliação histológica. Nessa avaliação observa-se a presença das células binucleadas ou multinucleadas com nucléolos grandes e eosinófilos, sendo comparado como um “olho de coruja”, comumente denominada como células de Reed-Sternberg, confirmando o Linfoma de Hodgkin (figura 2). Contudo, se faz necessário a imunofenotipagem, verificando a morfologia das células de Reed-Sternberg, composição do infiltrado inflamatório e sua morfologia, imunofenótipo diferenciando os tipos de linfomas e seus subtipos. (ANATPAT, 2015; MATOS, 2013).

Figura 2 - Célula de Hodgkin ao lado esquerdo e ao lado direito a Célula de Reed-Sternberg

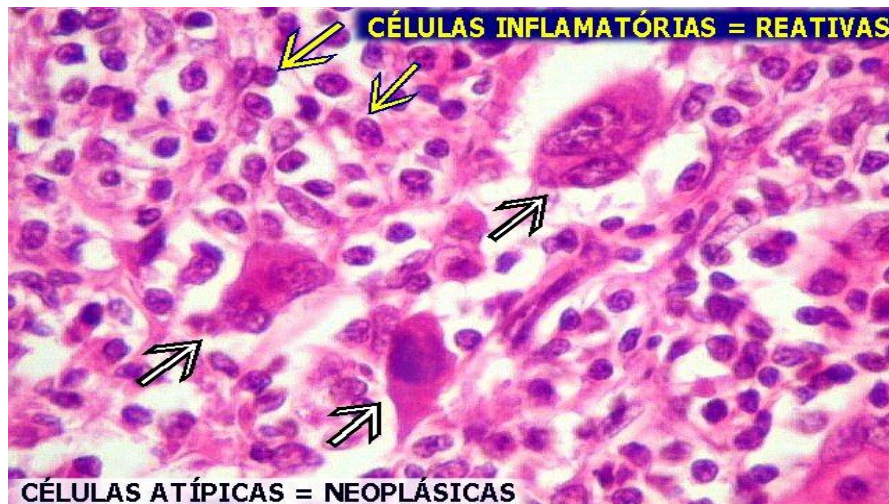


Fonte: ANATPAT (2015)

A Organização Mundial de Saúde classifica o Linfoma de Hodgkin (LH) histologicamente em LH nodular e LH Clássico. O LH Nodular caracteriza-se pelo predomínio de linfócitos e o LH Clássico é subdividido em esclerose nodular, celularidade mista, Predominância Linfocitária e Depleção Linfocitária. A Esclerose Nodular caracteriza-se pela presença de colágeno que dividem o tecido linfoide em nódulos, sendo mais comuns em mulheres, afetando os linfonodos cervicais inferiores, supraclaviculares e do mediastino.

Caracterizando o processo inflamatório do Linfoma, observam-se Células inflamatórias e as Células Atípicas, conforme ilustra a figura 3.

Figura 3 - Células inflamatórias e as Células Atípicas

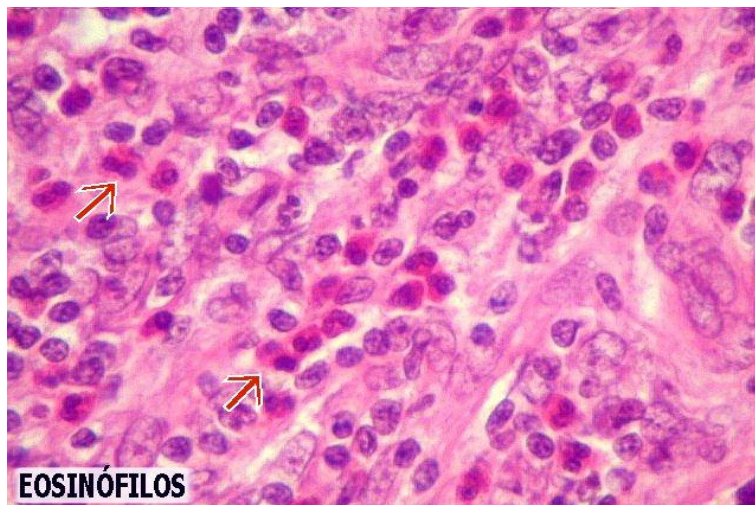


Fonte: ANTPAT (2015)

O Linfoma de Hodgkin do tipo de Celularidade Mista (figura 4) mostra-se um apagamento difuso dos linfonodos por um infiltrado celular junto às células neoplásicas, são comuns em homens. A Predominância Linfocitária ocorre um infiltrado de linfócitos maduro com histiócitos benignos, não se ver necrose e nem fibrose. Atingem homens com menos de 35 anos. O linfoma do tipo Depleção Linfocitária, o que predomina é o linfócito nodular. A doença caracteriza-se por ser localizada, assintomática, tendo uma boa resposta terapêutica (FERNANDES, 2011).



Figura 4 - Infiltrado de Celularidade Mista no Linfoma



Fonte: ANATPAT (2015)

O linfoma de Hodgkin é uma neoplasia potencialmente curável com a quimioterapia combinada. Por outro lado, existem pacientes que após o tratamento apresentam recidivas depois de quimioterapia de primeira linha, combinada ou não com radioterapia. Acredita-se que essa falência da resposta ao tratamento possa está relacionada a fatores epigenéticos do tumor ou fatores genéticos (MATOS, 2013).

### 3.5 TRATAMENTO DO LINFOMA

São vários os tipos de tratamento do linfoma, dentre eles, estão a radioterapia, quimioterapia, imunoterapia e para os casos mais agressivos, o transplante de medula óssea autólogo. Esse tipo de transplante depende da idade do paciente, do número de quimioterapias ou radioterapias recebidas. É uma alternativa principalmente para aqueles que não apresentaram melhora com o tratamento convencional (CONITEC, 2014).

O tratamento do linfoma se utiliza de fármacos ou componentes biologicamente ativos marcados com emissores de pósitrons sendo administrados internamente de maneira virtual, acompanhando as atividades metabólicas in vivo. A técnica que reúne esse mecanismo é a PET (do inglês Positron Emission



Tomography), consiste em diagnóstico por imagem que medem processos bioquímicos dentro dos tecidos, proporcionando um diagnóstico precoce e preciso. Faz parte da medicina nuclear, baseado na tomografia por emissão de pósitrons. Em relação ao seu custo-benefício, o SUS (Sistema Único de Saúde) ainda não favorece esse tipo de tratamento, visto que o orçamento e custo são relativamente altos, mas conforme estudos realizados, não são superiores as estratégias convencionais no diagnóstico do linfoma, além de permitir o estadiamento inicial da doença e término do tratamento (CONITEC, 2014).

O tratamento dar-se a partir do momento que o linfoma é diagnosticado, especificando o tipo e estágio que se encontram, sendo diagnosticados pela biópsia de um linfonodo comprometido. O mesmo encontra-se associado à toxicidade e morbidade, onde a sobrevivência do paciente dependerá do estadiamento baseado na classificação Ann- Arbor e o tipo celular, como mostra o quadro 1.

Quadro 1 - Classificação de Ann Arbor para Linfoma de Hodgkin com as modificações de Cotswolds.

<b>Estádio I</b> – Acometimento de uma região ganglionar ou estrutura linfóide (baço, timo ou anel de Waldeyer).
<b>Estádio II</b> – Acometimento de mais de duas regiões ganglionares do mesmo lado do diafragma.
<b>Estádio III</b> – Acometimento ganglionar em ambos os lados do diafragma. Pode ser subdividido em: III.1 – Gânglios no hilo esplênico, celiaco ou portais III.2 – Gânglios para-aórticos, ilíacos ou mesentéricos
<b>Estádio IV</b> – Acometimento extraganglionar, além de E.
<b>Características modificadoras:</b> B – Presença de sintomas B (febre, sudorese noturna e perda ponderal maior que 10% do peso corporal nos últimos 6 meses). A – Sem sintomas B. X – Doença volumosa (massa mediastinal com uma largura máxima igual ou maior que um terço do diâmetro interno transversal do tórax a nível do espaço intervertebral entre T5 e T6 ou maior que 10 cm). E – Extensão extranodal por contiguidade que pode ser englobada pelo mesmo campo de radiação que é adequado para a doença nodal do mesmo sítio anatômico. Sendo o acometimento extranodal mais intenso, classifica-se como estágio IV.

Fonte: Fernandes (2013)

As terapias com radioimunoinsaio também chamada de radioimunoterapia tem se mostrado uma alternativa terapêutica promissora para o tratamento das doenças hematológicas, utilizando os anticorpos monoclonais contidos nos fármacos comercializados para o tratamento do câncer. São exemplos o trastuzumabe e pertuzumabe, utilizados para o tratamento do câncer de mama, entre outros medicamentos. Os anticorpos monoclonais (AcMs) têm sido estudados e aplicados como agente terapêutico contra o câncer, principalmente quando o mesmo encontra-se na sua fase inicial.

Diferentemente das quimioterapias aplicadas para o tratamento das neoplasias, os anticorpos monoclonais apresentam uma especificidade contra o antígeno, ligando-se especificamente nas células tumorais e proporcionando a morte das células malignas sem prejudicar as células normais. Um exemplo claro é o rituximabe, anticorpo monoclonal quimérico, anti CD20, que se liga especificamente e seletivamente ao antígeno CD20, com alta afinidade. Esse antígeno é uma proteína transmembranar hidrofóbica expressa em linfócitos B, encontrada em 90% dos linfócitos B do Linfoma de não-Hodgkin (LNH).

No Quadro 2, segue os demais tipos de anticorpos monoclonais, sendo os mesmos aprovados pelo FDA (Food and Drug Administration), para o tratamento oncológico.

Quadro 2 - Anticorpos Monoclonais aprovados pelo FDA

<b>NOME DA DROGA</b>	<b>ANO DE APROVAÇÃO</b>	<b>TIPO</b>	<b>ALVO</b>	<b>INDICAÇÕES DE TERAPIA</b>
Ibritumomab- <sup>131</sup> I (Bexxar <sup>o</sup> )	2003	MURÍNICO	CD 20	LNH,LCB, LDGCB, LH e MM
Ibritumomabe- Tiuxetan- 90 Y/ <sup>111</sup> In (Zevalin <sup>o</sup> )	2002	MURÍNICO	CD 20	LNH, LCB, LDGCB, LF, Linfoma da célula do Manto
Transtuzumabe Emtansine (kadcyla <sup>o</sup> )	2013	HUMANIZADO	HER 2	CÂNCER DE MAMA METASTATIC O HER 2 POSITIVO
Pertuzumabe (Perjecta <sup>o</sup> )	2012	HUMANIZADO	HER 2	CÂNCER DE MAMA

Brentuximabe Vedotin (Adcetris <sup>o</sup> )	2011	QUIMÉRICO	CD 30	LH, LINFOMA ANAPLÁSICO DE GRANDES CÉLULAS
Ipilimumabe (Yervoy <sup>o</sup> )	2011	HUMANO	CTLA-4	MELANOMA METASTÁTIO
Ofatumumabe (Arzerra <sup>o</sup> )	2009	HUMANO	CD 20	LLC
Panitumumabe (Vectibix <sup>o</sup> )	2004	HUMANO	EGFR	CÂNCER COLO-RETAL
Cetuximabe (Erbix <sup>o</sup> )	2004	QUIMÉRICO	EGFR	CÂNCER COLO-RETAL
Bevacizumabe (Avastin <sup>o</sup> )	2004	HUMANIZADO	VEGF-A	CÂNCER COLO-RETAL
Alemtuzumabe (Campath <sup>o</sup> )	2001	HUMANIZADO	CD52	LLC, LMA, EM
Gemtuzumabe (Mylotarg <sup>o</sup> )	2000	CALIQUEMICI NA CONJUGADA AO IgG4 HUMANIZADO	CD33	LMA
Trastuzumabe (Herceptin <sup>o</sup> )	1998	HUMANIZADO	HER 2	CÂNCER DE MAMA
Rituximabe (Rituxan <sup>o</sup> )	1997	Quimérico	CD20	LNH, LCB, LLC

Fonte: Massicano (2016)

Esses anticorpos monoclonais apresentados na tabela foram aprovados pelo FDA (Food and Drug Administration) até o ano de 2014. Ligam-se especificamente as células tumorais, através de seus receptores específicos, induzindo várias respostas, principalmente a citotoxicidade mediada por células dependentes de anticorpos (CCDA) e citotoxicidade dependente do complemento (CDC) e, por fim, ocasionam a morte da célula maligna, diferentemente da quimioterapia e radioterapia (MASSICANO, 2016).

O tratamento causa vários efeitos colaterais que variam de acordo com a droga utilizada na quimioterapia e na dosagem da radioterapia. Um exemplo de efeito colateral provocado pela quimioterapia é alopecia reversível, problemas gastrointestinais, imunossupressão que proporciona o surgimento por vírus, bactérias e fungos e a neutropenia associada ao fármaco utilizado para o tratamento. A radioterapia induz como efeito colateral, o surgimento do eritema e/ou hiperpigmentação, a queda de cabelo no local que recebeu a radiação, problemas gastrointestinais, porém leves, boca seca, alteração no paladar, diminuição das células granulocíticas e trombocitopenia (FERNANDES, 2011).

### **3.6 INFLUÊNCIA DOS FATORES EMOCIONAIS NOS PACIENTES COM LINFOMA**

O câncer é uma patologia que causa certo desconforto e desestruturação no psicológico e emocional do paciente e seus familiares, sendo frequentemente associado a sentença de morte. Na infância e adolescência, esse sentimento tendência a ser maiores e mais intensos, devido a fase jovem, de interromper todos seus sonhos e planos. Os principais sentimentos dos pacientes com alguma neoplasia crônica são: solidão, isolamento, perda de uma infância normal, perda de apetite, incapacidade, entre outros. Entretanto, essa mistura de sentimentos reflete diretamente no seu diagnóstico clínico e laboratorial, de forma positiva ou negativa, dependendo de como o paciente está encarando a doença. Por isso que a mesma não deve ser vista apenas no seu estado patológico, mais sim em seu contexto integral e sociológico (GOMES et al., 2013).

Estudos revelam que, os profissionais de saúde que acompanham cada paciente, necessitam conhecer a base familiar, a dinâmica do cuidador, a interação, dando certo apoio aos mesmos, reduzindo a carga de estresse devido a rotina torturante do tratamento com o qual seu familiar está passando. Outro ponto importante, que vale a pena ressaltar, é saber se o paciente tem o interesse de querer conhecer o que está acontecendo com ele, podendo ou não melhorar seu prognóstico clínico. Por um lado, o paciente ficaria por dentro do que lhe irá acontecer sobre o seu tratamento, o andamento do mesmo, minimizando assim o estresse causado pela própria doença, além dos desconfortos dos efeitos colaterais

ocasionado pelas quimioterapias e medicações. Alguns deles preferem que o médico fale do seu estado de saúde para seus familiares e não para ele, diretamente (GOMES et al., 2013).

O diagnostico clinico baseia-se na sintomatologia do paciente, como: palidez progressiva, febre persistente, emagrecimento, irritabilidade, fraqueza, suores excessivos, presença de nódulos, dores nos ossos e articulações, sangramentos entre outros. Segundo Mansano-Schlosser e Ceolim (2012), ressaltam que o diagnostico do câncer causa mudanças no estilo de vida do paciente, tendo alterações físicas, psicológicas, emocionais, perda da autoestima. Alcantara, Sant'Anna; Souza, 2013 relatam que muitos deles são obrigados a abandonar e interromper suas atividades profissionais devido a impossibilidade da doença (PÚBLIO; SILVA; VIANA, 2014; LIMA; BOTELHO; SILVESTRE, 2011).

Como forma de tratamento, a quimioterapia atua diretamente nas neoplasias malignas, agindo nas células do corpo humano, sendo inespecífica na diferenciação das células cancerígenas e não-cancerígenas, por isso que deprime tanto o sistema imunológico do paciente e sua autoestima, permitindo que o paciente se deprima devido a sua incapacidade e seu estado. Mesmo com tantos sofrimentos, o paciente encontram-se forças para seguir em frente, sabido que é a única alternativa de melhorar seu quadro clinico e ter esperanças para uma possibilidade de cura. Devido aos efeitos colaterais ocasionados pelos substancias quimioterápicas utilizadas durante o tratamento, percebe-se uma alteração no corpo e no seu estado emocional, respectivamente, refletindo no seu diagnostico. Muitas vezes, o tratamento com quimioterapia, radioterapia e outras alternativas são encaradas com muito medo, devido a alta agressividade, desconforto, perda de cabelo, alopecia, náuseas, anorexia e fadiga provocada pela patologia (LOMBARDO; POPIM; SUMAM, 2011).

Em casos de crianças e adolescentes, os pais ficam mais apavorados, sendo necessário a atuação dos profissionais de saúde em amenizar o problema, permitindo que a criança se habitue em conviver com a doença, até que a mesma se cure e tente colaborar, proporcionando um tratamento eficaz e promissor, reduzindo assim, o sofrimento dos seus familiares. A criança e o adolescente, se ver em um mundo totalmente distorcido do que aquele mundo que ele sonhava, onde passam a ter outra rotina, outros amigos, compartilhar sentimentos e sofrimentos semelhantes

com outras pessoas da mesma faixa etária, que na maioria das vezes tem uma neoplasia pior que a sua e a partir daí se descobrir a cada dia e aprender com o outro diariamente de acordo com suas lutas em comum. O tratamento quimioterápico é algo que influencia diretamente no bem estar físico, psíquico e emocional, alterando seu estilo de vida e tendo que se adequar ao meio que está inserido, passando a ter o hospital como sua “casa” (LOMBARDO; POPIM; SUMAM, 2011).

### **3.7 REALIDADES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Desde 1990, o Ministério da Saúde procura sistematizar uma assistência a pacientes oncológicos no Brasil, criando o APAC (autorização para procedimento de alta complexidade), estabelecendo a Política Nacional de Atenção Oncológica no ano de 2005, visando as diretrizes do SUS, tais como: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos com o paciente com câncer (GRABOIS et al., 2013).

De acordo com a lei n. 8.080, lei que regulamenta o SUS, ressalta que é dever do Estado garantir a saúde de forma universal, igualitário a todos, oferecendo ações e serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2003).

Atualmente, o SUS enfrenta uma série de desafios em garantir ao cidadão essa promoção, prevenção e tratamento de forma eficaz prestando assistência a todos. Com isso, podemos visualizar um sistema totalmente fragilizado quando se fala em atender as necessidades dos usuários garantindo uma integralidade e universalidade ao acesso. Onde o diagnóstico e o tratamento adequado no prazo de receberem atendimentos, sem prolongar o tempo de atendimento são decisivos em aumentar a sobrevivência e melhorar o prognóstico, principalmente quando a doença está na sua fase inicial (GRABOIS et al., 2013).

Entre os adultos e as crianças que apresentam alguma neoplasia, as mais sensíveis ao tratamento e que tem maiores chances de curas são as crianças. Mas, para que venha acontecer à cura, se faz necessário ter um acesso adequado ao tratamento. Estudos relatam que a renda familiar interfere diretamente no cuidado

com o paciente com câncer, principalmente quando o mesmo necessita se deslocar da sua cidade natal até o centro especializado (STÜKER, 2013).

Nas metrópoles e capitais existem casas de apoio aos pacientes com câncer acompanhados de seus familiares, principalmente quando os mesmos não residem na cidade a qual irá receber o tratamento da doença, sendo, na maioria das vezes mantidas por doações. Muitos pacientes tem essa dificuldade no acesso, onde, na maioria das vezes nunca receberam tratamento hospitalar especializado por diversas razões, principalmente pela dificuldade de deslocamento. São registrados periodicamente pelos hospitais e centros especializados em câncer a quantidade de pessoas sejam eles, crianças ou adultos, que iniciam o tratamento nos mesmos, verificando toda dificuldade dos familiares em manter o acompanhamento médico devido a falta de recurso financeiro e outras dificuldades (GRABOIS, 2011).

Com isso os pacientes neoplásicos enfrentam problemas dentro dos serviços de saúde como: mau atendimento levando-os a um sentimento de insegurança, falta de respeito com o usuário, medo de estar sujeito a qualquer tipo de tratamento, dificuldade de acesso aos exames, falta de medicamentos e acolhimento nas Unidades de Saúde da Família, demora no atendimento, tendo que enfrentar uma fila imensa a serem atendidos e ainda fechar o diagnóstico para serem encaminhados a um centro de especialidades (GRABOIS, 2011; Rodrigues et al., 2013).

Pan, Marques e Nascimento (2011), revelam que as condições da família para o deslocamento até o centro de tratamento são primordiais para o sucesso do cuidado dentro da rede de saúde pública e a sensibilização dos profissionais para um diagnóstico precoce são essenciais no cuidado integral do paciente.

Estudos mostram que o acesso aos serviços de saúde tornar-se eficiente quando atingem a perspectiva do usuário, oferecendo boas condições de saúde, satisfação dos seus familiares e até mesmo do próprio paciente em relação ao cuidado, aumentando suas chances de sobrevivência. Com isso, o tratamento baseia-se justamente no prolongamento da vida desses pacientes, onde a sobrevivência é um dos mais importantes resultados no tratamento do câncer, favorecendo a qualidade de cuidados (GRABOIS, 2011).

## 4 CONCLUSÃO

Apesar de o linfoma ser considerado o segundo tipo de câncer mais frequente na faixa etária de 0 a 18 anos, as taxas de curabilidade estão alcançando uma boa evolução e possibilitando um aumento no tempo de vida dos pacientes, chegando aproximadamente a 75% de resposta positivas ao tratamento do Linfoma de Hodgkin no mundo.

O diagnóstico de câncer causa vários sofrimentos e dor na vida do paciente e de seus familiares, devido a uma série de formas de tratamento invasivas que causam desconfortos e medos, principalmente o da morte. O diagnóstico de uma neoplasia é encarado de várias formas, onde muitos encaram de forma positiva e não se entregam a doença, já outros se mostram fragilizados emocionalmente, necessitando, assim de mais cuidados psicológicos. Segundo pesquisas, as reações das crianças diante do seu diagnóstico de câncer dependerá muito de como os pais enfrentam a doença, sabendo que são os primeiros a necessitarem de apoio e orientação. Por isso que é importante ter uma avaliação biopsicossocial, onde os profissionais de saúde não visualizam só a doença que o paciente está portando, iniciando um cuidado integral e acolhedor, melhorando assim o emocional dos pacientes e familiares e seu quadro clínico.

Dentro dos serviços de saúde, os pacientes com linfoma enfrentam uma série de dificuldades, que começam a partir do momento que são diagnosticados até o seu tratamento. Onde se deparam com várias situações quando começam a depender dos serviços ofertados pelo SUS, vivenciando vários problemas, sejam eles com medicamentos caros e formas de tratamento especializado não custeados pelo SUS. Além disso, tem aqueles pacientes que residem em cidades distantes e precárias, que necessitam se deslocar para obterem cuidados e tratamentos adequados de acordo com seu caso clínico.

Portanto, conclui-se que, quanto mais cedo for diagnosticado o linfoma, tendo um assistencialismo adequado e preciso, maiores são as chances de cura do indivíduo. É preciso atenção na detecção precoce de linfonodos periféricos palpáveis que permanecem aumentados durante um período de 4 a 6 semanas, sem causa definida e o tamanho do baço, que poderá elevar-se.



## REFERÊNCIAS

ABRALE (2016)– Disponível em:<<http://www.abrale.org.br/pagina/linfomas>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

ABRALE (2014) – Disponível em:  
<[http://www.abrale.org.br/uploads/files/Os%20Linfomas%20Fase5%282012%29\\_Pd.pdf](http://www.abrale.org.br/uploads/files/Os%20Linfomas%20Fase5%282012%29_Pd.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2016.

ABRALE (2012) - Disponível em:  
<[http://www.abrale.org.br/docs/sistema\\_linfatico.html](http://www.abrale.org.br/docs/sistema_linfatico.html)>. Acesso em: 15 fev. 2016.

ABRALE (2015) – Disponível em: < <http://www.abrale.org.br/>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

ANATPAT (2015) – Disponível em:<<http://anatpat.unicamp.br/lamhemo11.html>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

ALCANTARA, Luciana da Silva; SANT'ANNA, Joana Lezan; DE SOUZA, Maria da Glória Nascimento. Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo oncológico. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, 2013. Disponível em:  
<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n9/v18n9a04.pdf>> Acesso em: 17 fev 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. 604 p. Disponível em:  
< [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf)>. Acesso em: 16 fev. 2016.

BALDISSERA, Renata; BIGNI, Ricardo; NETO, HAALLACK, Abrahão E.; DIAS, Daniela F.; SOUZA, Robenilson A.; CHIATTONE, Carlos S.; SOUZA, Cármino A. de. O transplante de células-tronco hematopoéticas no tratamento dos linfomas não Hodgkin. **Rev Bras Hematol Hemoter**, v. 32, n. Supl 1, p. 106-14, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32s1/aop32010>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

CONITEC, NO SUS. Incorporação de Tecnologias. PET-CT no Estadiamento e Avaliação da Resposta ao Tratamento dos Linfomas. 2014. Disponível em:  
<[http://www.conitec.gov.br/images/Relatorios/2015/Relatorio\\_PETLinfoma\\_FINAL.pdf](http://www.conitec.gov.br/images/Relatorios/2015/Relatorio_PETLinfoma_FINAL.pdf)>. Acesso em: 24 jan. 2016.

FERNANDES, Bianca Vargas. Frequência de segundas neoplasias após o tratamento para linfoma de Hodgkin: um estudo descritivo e revisão de literatura. 2013. Disponível em:  
<<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/14209/1/Bianca%20Vargas%20Fernandes.pdf>> Acesso em: 16 fev. 2016.

FERNANDES, Sweny de Souza Marinho. Linfoma de Hodgkin na Infância: relato de caso e revisão da literatura. São Paulo, 2011. Disponível em: <[sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2341](http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2341)> Acesso em: 16 fev. 2016.

FERREIRA, Cristiane Marcos Soares Dias; SOUZA, Nice Guimarães Oliveira de; TOSTES, Flaviane Maria; Bedram, Leonardo Gonçalves; SEGHETO, Natália Nolasco. Linfoma não-Hodgkin de células T envolvendo a cavidade oral em paciente com o vírus da imunodeficiência humana positivo. Relato de caso. **Rev Bras Clin Med**, v. 11, n. 3, p. 300-302, 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3752.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2016.

FERNANDES, Sweny de Souza Marinho. Linfoma de Hodgkin na infância: relato de caso e revisão da literatura. São Paulo, 2011. 35f. Monografia (apresentada à Comissão de Residência do Hospital Servidor Público Municipal) – Hospital Servidor Público Municipal. Disponível em: <[sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2341](http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2341)> Acesso em: 23 fev. 2016.

FILHO, Geraldo Brasileiro. **Bogliolo Patologia**; 8. ed – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 1501 p.

GOMES, Isabelle Pimentel; LIMA, Karinna de Abreu; RODRIGUES, Larycia Vicente; LIMA, Regina Aparecida Garcia de; COLLET, Neusa. Do diagnóstico à sobrevivência do câncer infantil: perspectiva de crianças. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 3, p. 671-9, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000300013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300013)> Acesso em: 18 fev 2016.

GRABOIS, Marilia Fornaciari. **O acesso à assistência oncológica infantil no Brasil**. 2011. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=616667&indexSearch=ID>>. Acesso em: 14 fev. 2016.

GRABOIS, Marilia Fornaciari; DE OLIVEIRA, Evangelina XG; CARVALHO, Marilia Sa. Assistência ao câncer entre crianças e adolescentes: mapeamento dos fluxos origem-destino no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 2, p. 368-378, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n2/0034-8910-rsp-47-02-0368.pdf>> Acesso em: 18 fev. 2016.

INCA (2016) - Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/por-tipos.asp#>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

INCA (2015) – Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/linfoma\\_hodgkin](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/linfoma_hodgkin)>. Acesso em: 14 jan. 2016.

LIMA, Suely Simone Costa; BOTELHO, Helena Rúbia de Santana; SILVESTRE, Maria Manoela. Câncer infantil: aspectos emocionais e o sistema imunológico como possibilidade de um dos fatores da constituição do câncer infantil. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 2, p. 142-159, 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000200010&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000200010&script=sci_arttext)> Acesso em: 18 de fev. 2016.

LOMBARDO, Mariela Santos; POPIM, Regina Célia; SUMAN, Antonia Leonilda. Da onipotência ao desgaste: as perspectivas do adolescente em quimioterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, p. 531-539, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_12.pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2016.

MASSICANO, Adriana Vidal Fernandes. Desenvolvimento Farmacotécnico de um Radioimunoconjugado para terapia linfoma não-hodgkin. São Paulo, 2016. 207f. Dissertação (Doutorado em Ciências na área de Tecnologia Nuclear) – Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/.../2016MassicanoDesenvolvimento.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/.../2016MassicanoDesenvolvimento.pdf)>. Acesso em: 23 fev. 2016.

MENDES, Wellington L.; RONDINELLI, Patrícia I.P.; PICCOLI, Fábio S.; SOARES, Fernando A.; NOVAES, Paulo E.R.S.; RIBEIRO, Karina B.; ANTONELLI, Célia B.G. Linfoma de Hodgkin clássico na infância. Experiência de tratamento e fatores prognósticos. **Pediatr. mod**, v. 48, n. 4, 2012. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=4973&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=4973&fase=imprime)>. Acesso em: 16 fev. 2016.

MATOS, Ana Elisa Pinho. Linfoma de Hodgkin – **Dificuldade no diagnóstico e falência de resposta ao tratamento: a propósito de um caso clínico**. Porto. 2012/2013. 24f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72008/2/93378.pdf>> Acesso em: 25 fev. 2016.

NICOLUSSI, Adriana Cristina. **Relaxamento com imagem guiada: influência sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-10012013-133653/en.php>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

PAN, Raquel; MARQUES, Amanda Rossi; COSTA JÚNIOR, Moacyr Lobo da; NASCIMENTO, Lucila Castanheira. Caracterização das internações hospitalares de crianças e adolescentes com neoplasias. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. nov.-dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_19.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2016.

PÚBLIO, Gleicynara Botelho; SILVA, Kelle Oliveira; DE SOUSA VIANA, Gustavo Freitas. Qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 7, n. 2, 2014. Disponível em:

<<http://200.223.150.195/revista/index.php/memorias/article/view/329/209>>. Acesso em: 18 fev. 2016.

RODRIGUES, Juliana Stoppa Menezes; SOBRINHO, Ellen Cristine Ramdohr; TOLEDO, Maria Luíza Vasco de; ZERBETTO, Sonia Regina; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. O atendimento por instituição pública de saúde: percepção de famílias de doentes com câncer. **Saúde em Debate**, p. 270-280, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/109544/S010311042013000200009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 15 fev. 2016.

SOUZA, Luciana NS; JUNIOR, Paulo T. Maluf; ALMEIDA, Maria Tereza A.; WELTMAN, Eduardo; Comacchioni, Ana Lúcia; TEXEIRA, Roberto Augusto P; FILHO, Vicente Odone; Cristofoni, Lilian Maria. et al. Linfoma de Hodgkin na infância e adolescência: 15 anos de experiência com o protocolo DH-II-90. **Rev. bras. hematol. hemoter**, v. 32, n. 4, p. 295-302, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-84842010000400006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842010000400006)> Acesso em: 15 fev. 2016.

SILVA, Paulo Henrique da; HASHIMOTO, Yoshio; ALVES, Hemerson Bertassoni. **Hematologia Laboratorial**. Rio de Janeiro: Revinter, 2009. 466 p.

SBCANCER – Disponível em:

<[http://www.sbcancer.org.br/home2/site/index.php?option=com\\_content&view=article&id=120:linfomas&catid=29&Itemid=123](http://www.sbcancer.org.br/home2/site/index.php?option=com_content&view=article&id=120:linfomas&catid=29&Itemid=123)>. Acesso em 12 jan. 2016.

STÜKER, Úrsula Adriana Sander. Internações pelo SUS de crianças e adolescentes, por câncer, residentes na região metropolitana de Porto Alegre, RS, de 2008 a 2010. Monografia (Pós-graduação em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 25f. 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/78471/000899792.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

**ANEXO A****DECLARAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS**

Eu, Taysa Mayara Lins Ribeiro e Silva, portadora do documento de identidade RG 3480850, CPF nº 084.438.064-43, aluna regularmente matriculada no curso de Pós- Graduação em Hematologia e Hemoterapia Laboratorial, do programa de *Lato Sensu* da INESP – INSTITUTO NACIONAL DE ENSINO SUPERIOR E PESQUISA, sob o nº HC1301418 declaro a quem possa interessar e para todos os fins de direito, que:

1. Sou a legítima autora da monografia cujo título é: “Importância do Diagnóstico Precoce e Avaliação Biopsicossocial em Pacientes com Linfoma”, da qual esta declaração faz parte, em seus ANEXOS;
2. Respeitei a legislação vigente sobre direitos autorais, em especial, citado sempre as fontes as quais recorri para transcrever ou adaptar textos produzidos por terceiros, conforme as normas técnicas em vigor.

Declaro-me, ainda, ciente de que se for apurado a qualquer tempo qualquer falsidade quanto às declarações 1 e 2, acima, este meu trabalho monográfico poderá ser considerado NULO e, conseqüentemente, o certificado de conclusão de curso/diploma correspondente ao curso para o qual entreguei esta monografia será cancelado, podendo toda e qualquer informação a respeito desse fato vir a tornar-se de conhecimento público.

Por ser expressão da verdade, dato e assino a presente DECLARAÇÃO,

Em Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) aluno (a)

Autenticação dessa assinatura, pelo  
funcionário da Secretaria da Pós-  
Graduação *Lato Sensu*