



Perfil de crianças atendidas em um hospital especializado em oncologia no Paraná

Profile of children treated at a hospital specializing in oncology in Parana

Perfil de los niños atendidos en un hospital especializado en oncología en Paraná

Bruna Saionara Martins¹, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso¹, Ariana Rodrigues Silva Carvalho¹, Pilar Espinoza².

RESUMO

Objetivo: Identificar as características sociodemográficas e clínicas de crianças com câncer em um hospital oncológico, especializado em oncologia pediátrica. **Métodos:** Estudo quantitativo de corte transversal com coleta de dados em prontuários de crianças em atendimento oncológico em um hospital especializado. A coleta de dados secundários foi realizada no prontuário eletrônico da instituição, no período de dezembro de 2022 a junho de 2023. A análise dos dados ocorreu por meio da estatística descritiva. O estudo foi aprovado por comitê de ética. **Resultados:** Observou-se prevalência de meninos (64,3%), brancos (72,9%), na idade de 1-4 anos (49,2%), com diagnóstico mais comum de leucemia (50,7%) e tratamento quimioterápico isolado (52,8%). Os procedimentos mais frequentes durante o tratamento foram a inserção de cateter totalmente implantável (93,5%) e transfusão de hemácias (76,4%). Em relação a sobrevida, 48,2% estavam sem a doença ao final do tratamento. **Conclusão:** O perfil identificado mostrou a predominância de leucemia, em meninos, brancos, com idade de um a quatro anos, e aproximadamente a metade conseguiram alcançar a sobrevida sem a doença.

Palavras-chave: Serviço hospitalar de oncologia, Leucemia, Saúde da criança, Perfil epidemiológico.

ABSTRACT

Objective: To identify the sociodemographic and clinical characteristics of children with cancer in a cancer hospital specializing in pediatric oncology. **Methods:** Quantitative cross-sectional study with data collected from the medical records of children undergoing cancer care at a specialized hospital. Data was collected from the institution's electronic medical records from December 2022 to June 2023. Data was analyzed using descriptive statistics. The study was approved by the ethics committee. **Results:** There was a prevalence of boys (64.3%), white (72.9%), aged 1-4 years (49.2%), with the most common diagnosis of leukemia (50.7%) and chemotherapy treatment alone (52.8%). The most frequent procedures during treatment were insertion of a fully implantable catheter (93.5%) and red blood cell transfusion (76.4%). With regard to survival, 48.2% were disease-free at the end of treatment. **Conclusion:** The profile identified showed a predominance of leukemia, in boys, white, aged between one and four years, and approximately half were able to achieve disease-free survival.

Keyword: Hospital oncology service, Leukemia, Child health, Epidemiological profile.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características sociodemográficas y clínicas de los niños con cáncer en un hospital oncológico especializado en oncología pediátrica. **Métodos:** Estudio cuantitativo transversal con datos secundarios colectados de las historias clínicas de niños en tratamiento oncológico en un hospital especializado. Los datos fueron recogidos de las historias clínicas electrónicas de la institución entre

¹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel - PR.

diciembre de 2022 y junio de 2023. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. El estudio fue aprobado por el comité de ética. **Resultados:** Hubo una prevalencia de chicos (64,3%), de raza blanca (72,9%), con edades comprendidas entre 1 y 4 años (49,2%), siendo el diagnóstico más frecuente el de leucemia (50,7%) y el tratamiento quimioterápico solo (52,8%). Los procedimientos más frecuentes durante el tratamiento fueron la inserción de un catéter totalmente implantable (93,5%) y la transfusión de glóbulos rojos (76,4%). En cuanto a la supervivencia, el 48,2% estaban libres de enfermedad al final del tratamiento. **Conclusión:** El perfil identificado mostró un predominio de la leucemia, en varones, de raza blanca, con edades comprendidas entre uno y cuatro años, y aproximadamente la mitad pudieron alcanzar una supervivencia libre de enfermedad.

Palabras clave: Servicio hospitalario de oncología, Leucemia, Salud infantil, Perfil epidemiológico.

INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica, mudança no estilo de vida, determinação social do processo-saúde doença e especialmente o trabalho, tem evidenciado mudanças no perfil das condições crônicas (MENDES EV, 2019), sendo o câncer uma das doenças crônicas cuja incidência tem aumentado na população. O câncer é uma das principais doenças que tem tido grande destaque, devido seu aumento rápido e progressivo dentro da sociedade, além disso, o diagnóstico, tratamento e prognóstico é extremamente complexo (FERLAY J, et al., 2021). No caso do câncer infantil, tem-se incidência e mortalidade variáveis ao redor do mundo, sendo que aproximadamente 80% dos casos ocorrem nos países com baixo índice de desenvolvimento humano, com acesso aos serviços de cuidado à saúde de baixa qualidade (FELICIANO SVM, et al., 2018).

O câncer é definido e diferenciado de acordo com seu local de origem, velocidade de proliferação e a capacidade de invasão. Pode-se ainda prevenir o câncer em adultos, prevendo alguns fatores genéticos e cuidando dos fatores ambientais que afetam a saúde, como o tabagismo, alimentação, exercícios físicos e diversos outros fatores (INCA, 2022). É importante destacar é a dificuldade de prevenção del câncer infantil, pois diferente do câncer em adultos, cujas causas incluem o estilo de vida e do ambiente, o infantil usualmente não tem a mesma influência destas causas, sobrevivendo de fatores hereditários ou desconhecidos. Deste modo, preveni-lo é mais difícil, restando aos serviços de saúde enfocar no diagnóstico precoce e na efetividade dos tratamentos disponíveis (SILVA NCF, et al., 2020).

Estudo que avaliou a mortalidade no Brasil de crianças de zero a quatro anos por câncer identificou que os tipos de neoplasias com maior mortalidade foram as leucemias e as neoplasias do Sistema Nervoso Central (SNC). O número de óbitos foi de 2.597 mortes, sendo as leucemias, as neoplasias do SNC e os neuroblastomas, responsáveis por aproximadamente 70% destas mortes. As regiões Sudeste e Nordeste apresentaram maior número de casos. Os autores reforçam a necessidade de constantes investimentos para melhorar o acesso destes pacientes ao sistema de saúde, considerando que diagnóstico e tratamento são importantes para a redução da mortalidade infantil (SPINORELLO RA, et al., 2020).

O manejo do câncer pode se tornar ainda mais complexo quando se trata do público infantil. Tal complexidade advém da inclusão dos pais e cuidadores em tempo integral no diagnóstico e tratamento, abalando a estrutura mental e social de todos os envolvidos, além da condição em si. Dessa forma, conhecer melhor as características das crianças acometidas pelo câncer, quais são os tipos mais comuns, em qual idade ocorrem com mais frequência, quais são os fatores que predis põem e outros aspectos que podem auxiliar no melhor prognóstico dessas crianças é um importante tópico de estudo. O conhecimento dessas características pode auxiliar na criação de estratégias preventivas, no diagnóstico precoce e manejo da doença. Assim, este estudo tem por objetivo a caracterização clínica das crianças atendidas em um hospital especializado em oncologia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal, abrangendo características clínicas e epidemiológicas das crianças em atendimento oncológico em uma instituição hospitalar especializada, no período de cinco anos, considerando o tempo de diagnóstico das crianças entre setembro de 2017 a setembro

de 2022. O estudo ocorreu em um hospital especializado em oncologia na região Oeste do Paraná, atendendo a 10ª regional de saúde. A instituição atende crianças e adolescentes com câncer na região, contendo onze leitos exclusivos para o atendimento desse público e outros doze leitos não exclusivos, porém, para atendimento prioritário. A instituição abrange diversas especialidades da oncologia e tecnologias para auxílio no diagnóstico e tratamento, como tomógrafos, raio-x, ambulatório de quimioterapia, radioterapia e leitos de hemodiálise.

Foram consideradas crianças aquelas com idade de zero a doze anos incompletos, conforme definição do estatuto da criança e do adolescente. O número de prontuários disponível para o estudo, de acordo com os critérios de inclusão de faixa etária e período estabelecido, foi de 531. Foram excluídos da pesquisa prontuários de pacientes que iniciaram tratamento em outra instituição (impossibilidade de avaliar o tratamento completo), que tiveram óbito antes do diagnóstico, cujo diagnóstico foi de cânceres de pele e tumores benignos (tratados ambulatorialmente). Dessa forma, trabalhou-se com o número total de prontuários que atenderam aos critérios de inclusão/exclusão, sem cálculo amostral, sendo incluídos 199 para a caracterização do perfil.

A coleta de dados secundários foi realizada pela pesquisadora nas planilhas de relatórios do prontuário eletrônico TASY, no período de dezembro de 2022 a junho de 2023. Foram coletadas variáveis sociodemográficas como: sexo, idade, proveniência do paciente, cor, local de residência e variáveis clínicas, como: diagnóstico oncológico, histórico de câncer na família, patologia prévia, tipos de tratamento, situação final do paciente, metástases e intercorrências durante o tratamento. O banco de dados foi construído numa planilha do Microsoft Excel e posteriormente exportado para o programa Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) versão 2022, para a análise estatística descritiva. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, sob parecer nº 5.729.970 e CAEE número 64312622.4.0000.0107.

RESULTADOS

Inicia-se pela apresentação das variáveis sociodemográficas das crianças atendidas no serviço. Na **Tabela 1** encontram-se as variáveis sexo, idade, cor, plano de saúde, proveniência, local e área de residência.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das crianças em tratamento oncológico no hospital do estudo, n=199.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	128	64,3
Feminino	71	35,7
Idade		
0 a 11m 29d	9	4,5
1a à 4a 11m 29d	98	49,2
5a à 9a 11m 29d	61	30,7
10a à 12a.	31	15,6
Cor		
Branca	145	72,9
Parda	45	22,6
Preta	6	3,0
Amarela	2	1,0
Indígena	1	0,5
Plano de saúde		
Não	163	81,9
Sim	36	18,1
Proveniência do paciente		
Ambulatorial	110	55,3
Outro hospital	64	32,2

Unidade de Pronto Atendimento	23	11,6
Não informado	2	1,0
Local de residência		
Outros municípios do Paraná	148	74,4
Cascavel	38	19,1
Outros estados	8	4,0
Outros países	5	2,5
Área de residência		
Urbano	180	90,5
Rural	19	9,5

Fonte: Martins BS, et al., 2024.

Os dados de idade foram coletados de forma contínua, contudo, para demonstração em tabela dividiu-se os dados em categorias, para melhor visualização, dessa forma, a idade das crianças variou com a menor idade de cinco meses e maior de 11 anos e 11 meses, com média de 4,96 anos e um desvio padrão de 3,27.

Na **Tabela 2** apresenta-se a caracterização clínica das crianças atendidas no serviço em tela, abrangendo as variáveis clínicas diagnóstico oncológico, presença de metástases, patologias prévias, histórico de câncer, tratamento e situação do paciente ao final do tratamento.

Tabela 2 – Caracterização clínica das crianças em tratamento no hospital do estudo, n=199.

Variáveis	N	%
Diagnóstico Oncológico		
Leucemias	101	50,7
Tumores abdominais	29	14,6
Tumor do Sistema Nervoso Central	23	11,6
Linfomas	20	10,1
Tumor de partes moles	14	7,0
Tumor ósseo	12	6,0
Metástases		
Não	190	95,5
Sim	9	4,5
Patologia prévia		
Não	91	45,5
Sim	71	35,7
Não informado	37	15,6
Histórico de câncer		
Não	65	32,7
Sim	65	32,7
Não informado	69	34,7
Tipo de tratamento		
Quimioterapia	105	52,8
Quimioterapia e cirurgia	38	19,1
Quimioterapia e radioterapia	19	9,6
Quimioterapia e TMO	16	8,0
Quimioterapia, cirurgia e radioterapia	15	7,5
Quimioterapia, imunoterapia e TMO	2	1,0
Quimioterapia, radioterapia e TMO	1	0,5
Quimioterápicos		
Vincristina	160	80,4
Metotrexato	125	62,8
Mercaptopurina	112	56,3
Situação do paciente		
Sobrevida sem doença	96	48,2
Óbito	41	20,6

Sobrevida com doença	35	17,6
Transferência para outro service	10	5,0
Encaminhado para TMO	9	4,5
Não retornou as consultas	8	4,0

Fonte: Martins BS, et al., 2024.

O diagnóstico mais comum foi de leucemia (n=101; 50,7%), incluindo nessa classificação os subtipos como a Leucemia Linfóide Aguda B, Leucemia Linfóide Aguda de células T, Leucemia Mieloide Aguda, bem como as leucemias crônicas, sem metástases para a maioria (n=190; 95,5%). Não ter uma patologia prévia sobressaiu (n=91; 45,5%). Entretanto, dentre as patologias prévias das crianças, encontrou-se constipação crônica (n=8; 4,5%), asma (n=6; 3,0%), alergias (n=6; 3,0%), síndrome de Down (n=5; 4,5%), rinite (n=4; 2,0%), bronquite (n=4; 2,0%) e pneumonias de repetição (n=4; 2,0%).

O histórico de câncer na família foi similar no grupo estudado, naqueles prontuários em foi relatado, considerando familiares de primeiro grau (n=65; 32,7%). Nas descrições dos prontuários, foram mencionados com mais frequência a avó (n=19; 9,5%), avô (n=19; 9,5%) e mãe (n=5; 2,5), com os cânceres de pulmão (n=9; 4,5%), colo uterino (n=5; 4,5%), mama (n=4; 2,0%) e próstata (n=4; 2,0%). Quanto ao tipo de tratamento, predominou a quimioterapia de forma isolada (n=105; 52,8%), mas também seu uso como tratamento combinado com todos os demais tipos. O segundo tratamento mais utilizado foi a quimioterapia, acompanhada de cirurgia (n=38; 19,1%).

Relacionado a situação do paciente ao final do tratamento, a sobrevivida sem a doença predominou (n=96; 48,2%), embora para menos de 50% das crianças. Dentro do não retorno as consultas (4%), percebe-se que não existe uma busca ativa ou um registro dessa busca ativa por profissional da instituição, assim, não foi possível identificar o motivo desses pacientes desistentes do tratamento. Ainda, os pacientes que são encaminhados ao Transplante de Medula Óssea (TMO) se desligam totalmente do serviço, sendo acompanhados somente no novo serviço de referência. Na **Tabela 3**, apresentam-se os procedimentos realizados nas crianças para efetivação do tratamento, podendo citar a inserção de cateter para terapia endovenosa, realização de diálise, drenagens, transfusões, uso de sondas, traqueostomia e vacina para COVID-19.

Tabela 3 – Procedimentos realizados nas crianças em tratamento no hospital do estudo (n=199).

Variável	N	%
Inserção de cateter		
Cateter Totalmente Implantável (CTI)	186	93,5
Troca de CTI	35	17,6
Cateter endovenoso periférico	13	6,5
Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (PICC)	1	0,5
Diálise		
Hemodiálise	4	2,0
Dialise peritoneal	1	0,5
Drenagens		
Dreno de tórax	9	4,5
Derivação Ventricular Peritoneal	5	2,5
Derivação Ventricular Externa	3	1,5
Toracocentese	2	1,0
Paracentese	1	0,5
Uso de sondas		
Sonda Vesical de Demora	37	18,6
Sonda Nasoentérica	34	17,1
Sonda Nasogástrica	21	10,6
Ventilação assistida		
Tubo Orotraqueal	13	6,5
Traqueostomia	2	1,0

Transfusões		
Transfusão de hemácias	152	76,4
Transfusão de plaquetas	141	70,9
Transfusão de plasma	20	10,1
Transfusão de crioprecipitado	2	1,0

Fonte: Martins BS, et al., 2024.

O procedimento mais comum citado nos prontuários foi a inserção de CTI (n=186; 96,5%), dispositivo de extrema importância para o tratamento do câncer, visto ser um tratamento longo e com infusão de quimioterápicos endovenosos de forma semanal ou quinzenal. Tem-se também o uso de sondas, podendo ser decorrente da patologia, que é o caso da SVD (n=37; 18,6%), diferente da SNE (n=34; 17,1%), que é utilizada normalmente nos casos graves de mucosite e da baixa ingestão alimentar. Entre as transfusões, as mais comuns foram de hemácias e plaquetas (>70% para ambas). Além disso, os pacientes necessitam de transfusão diversas vezes durante o tratamento.

Ainda, tiveram outros procedimentos com menor ocorrência ou são subnotificados, como a colostomia (n=; 0,5%), esplenectomia (n=1; 0,5%), extração dentária (n=1; 0,5%), inserção de duplo J (n=1; 0,5%), imunoglobulina humana (n=2; 1,0%) e a Nutrição Parenteral Total (n=18; 9,1%). Desse modo, é possível perceber que os procedimentos mais utilizados dizem mais respeito ao tratamento quimioterápico que aos problemas com a doença em si. Na **Tabela 4**, apresentam-se as variáveis de ano do diagnóstico, meses em que os diagnósticos aconteceram, tempo entre o primeiro sintoma e a entrada no serviço, e tempo entre o primeiro sintoma e o início do tratamento.

Tabela 4 – Tempos acerca do diagnóstico de crianças em tratamento no hospital do estudo (n=199).

Variável	N	%
Tempo entre o primeiro sintoma e entrada no serviço		
0 a 7 dias	36	18,1
8 a 14 dias	16	8,0
15 a 29 dias	34	17,1
30 a 60 dias	68	37,2
Acima de 60 dias	42	21,1
Não informado	3	1,5
Tempo entre o primeiro sintoma e início do tratamento		
0 a 7 dias	12	6,0
8 a 14 dias	21	10,6
15 a 29 dias	44	22,1
30 a 60 dias	51	25,6
Acima de 60 dias	66	33,2
Não informado	5	2,5
Ano do diagnóstico		
2017	12	6,0
2018	44	22,1
2019	42	21,1
2020	32	16,1
2021	44	22,1
2022	22	11,1
Não iniciado tratamento	3	1,5
Meses		
Janeiro	21	10,6
Fevereiro	11	5,5
Março	18	9,0
Abril	14	7,0
Maio	17	8,5
Junho	18	9,0

Julho	17	8,5
Agosto	11	5,5
Setembro	17	8,5
Outubro	13	6,5
Novembro	21	10,6
Dezembro	18	9,0

Fonte: Martins BS, et al., 2024.

Sobressaiu o tempo entre o primeiro sintoma e a entrada no serviço entre 30 a 60 dias (n=42; 21,1%). Tal fato foi justificado pela dificuldade dos profissionais dos serviços que encaminham de identificar o problema, similaridade com outras doenças, causando demora da entrada da criança no serviço especializado. Dessa forma, devido a demora do encaminhamento o tempo entre o primeiro sintoma e início do tratamento também sofre consequências, pois, grande parte dos serviços não enviam junto exames realizados anteriormente, necessitando de novos exames para diagnóstico ou a criança chega extremamente debilitada pela doença devido a demora, e é preciso manter a criança estável para o início de tratamentos com quimioterapia, cirurgia ou radioterapia.

Os anos com maior quantidade de diagnósticos foram 2018 (n=44; 22,1%) e 2021 (n=44; 22,1%), já o ano analisado por completo e com menor quantidade de diagnóstico foi o ano de 2020 (n=32, 16,1%) podendo ser explicado pela pandemia de COVID-19, pois, diversos encaminhamentos foram retardados, devido sobrecarga dos serviços de porta de entrada. Também, a variável dos meses mostrou que os meses de Janeiro e Novembro (n=21; 10,6%) tem a maior quantidade de diagnósticos entre os cinco anos do estudo. Por fim, foi analisado também o tempo de hospitalização de cada criança, resultando em uma média de 78,7 dias de internação, incluídos as internações clínicas, para o tratamento quimioterápico e cirúrgico.

DISCUSSÃO

Como o intuito do presente estudo foi caracterizar as crianças com câncer oriundas de um hospital especializado nesse tipo de tratamento, encontrou-se maioria do sexo masculino (64%), em concordância com achados de outros estudos como Pereira CIP, et al. (2023) com 60%, Paiva ACM, et al. (2022) com 55,1% e Araújo LGL, et al. (2022) também com 60,8%. Ainda, o estudo de Silva, et al. (2022) também relatou predominância do sexo masculino nas crianças em tratamento oncológico.

Outra característica desses pacientes em consenso com outros estudos é a idade, com predominância de diagnóstico de câncer nas crianças abaixo dos cinco anos (49,2%), como nos estudos de Araújo LGL, et al. (2022) com 50,2%, Morosini F, et al. (2023) com 41,3% e Cunha MOM, et al. (2023) com 46,6%. Os pacientes são predominantemente da cor branca com 74,4%, tal resultado é contrário ao estudo de Marques MMP e Gonzales RO (2020) com 47,7% dos declarados pardos, bem como o estudo de Santos LM, et al. (2023), evidenciando também grande parte das crianças (66,7%) declaradas como pretas ou pardas.

Em relação ao custeamento do tratamento, o estudo de Silva NCF, et al. (2020) mostra que 85% dos pacientes tiveram seu tratamento custeado pelo SUS, o mesmo ocorre neste estudo com 81,9% no SUS e outra pequena parte com tratamento via convênio ou custos particulares. Sobre o histórico dessas crianças, não tinham patologia prévia 45,5%, o que diverge do estudo de Longo BC, et al. (2021) no qual 62,7% apresentavam alguma doença antes do diagnóstico de câncer. Acerca do histórico de câncer familiar (pais, irmãos, avós e tios), 34,7% não tinham tal informação em prontuário, seguido por 32,7% com histórico e o mesmo número de pacientes sem histórico familiar. Já o estudo de Furtado MM, et al. (2022) mostrou dados diferentes, com 42,8% dos pacientes com familiares com histórico oncológico, seguido por 40,8% sem tal informação e apenas 16,6% não tiveram algum familiar com câncer.

Acerca dos diagnósticos, a leucemia teve maior ocorrência entre os casos oncológicos (50,7%), o que outros estudos, como o de Morosini F, et al. (2023) mostrando 38,9% casos de leucemia infantil e o de Pereira CIP, et al. (2023) com 36% também evidenciaram. Ainda, outro dado que chamou atenção no estudo de Silva NCF, et al. (2022), foi a comparação entre as leucemias, demonstrando que a leucemia linfóide é a mais

comum, comparada a mielóide. Mesmo com diversas similaridades, um estudo de Cunha MOM, et al. (2023) trouxe que os tumores sólidos (49,9%) são mais comuns que os hematológicos. Em relação às metástases, 95,5% dos pacientes chegaram ao serviço sem metástases, apenas com diagnóstico do tumor primário, o que foi semelhante ao estudo de Cunha MOM, et al. (2023), no qual apenas 30,7% dos pacientes tinham metástases.

Sabe-se da importância das crianças estarem próximas ao centro de tratamento, visto as urgências e intercorrências que acontecem. Lembrando que o tempo de chegada ao hospital é de suma importância para a sobrevivência e bom prognóstico da criança. Contudo, os estudos mostram que grande parte dos pacientes moram distante do local de tratamento, por exemplo, em Cunha MOM, et al. (2023) os pacientes que moram distantes são 86,4%, outros estudos também mostram algo similar, em Longo BC, et al. (2021) foram 81,6% fora da cidade de tratamento e em Silva NCF, et al. (2022) 72,9% das crianças estão na mesma situação. Dessa forma, é percebido similaridade com esse estudo, pois 90,5% dos pacientes residiam fora da cidade do tratamento.

O tratamento mais utilizado foi a quimioterapia de forma isolada, sendo 52,8%, semelhante ao estudo de Araújo LFL, et al. (2022) com 58% no mesmo tratamento, bem como o de Furtado MM, et al. (2022) com 47,6% usando apenas quimioterapia. Ao analisar a sobrevivência das crianças, a predominância é da sobrevivência sem a doença 48,2%, seguida dos óbitos com 20,6%, similar aos estudos de Muniz RNMP, et al. (2022) e Longo BC, et al. (2021), com grande parte das crianças conseguindo manter-se em remissão da doença ou com cura total, em segundo lugar os óbitos e uma pequena quantidade ainda com a doença. Sobre os quimioterápicos, estudo de Tominaga LBL, et al. (2023) evidenciou que os mais utilizados foram Metrotexato, Etoposídeo e Vincristina, mostrando similaridade a esse estudo, visto que os mais comuns foram Vincristina, Metrotexato e Mercaptopurina.

Em relação aos tempos de sintomas e início de tratamento, segundo a Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012, o início do tratamento deve ser menor que 60 dias após confirmação diagnóstica, mostrando que a instituição tem uma porcentagem adequada de acordo com o estabelecido, visto que 58,3% das crianças iniciam o tratamento em até 60 dias após o primeiro sintoma. Percebeu-se também que o tempo entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento era curto, não passando de duas semanas. Grande parte do problema se tem antes do diagnóstico, podendo ser causado pela dificuldade de diagnóstico ou de chegada até o serviço, demora nos encaminhamentos ou passagem por diversos especialistas até a chegada na oncologia (BRASIL, 2012).

Mesmo o início do tratamento estando de acordo com o período estipulado na lei, de até 60 dias, percebe-se que o tempo entre o primeiro sintoma e a entrada no serviço especializado, às vezes, é longo. Em nossa pesquisa a maior porcentagem foi de 37,2% que condizia ao tempo entre 30 e 60 dias, mostrando uma certa demora para o encaminhamento ou chegada ao serviço especializado. Tal demora foi justificada em sua maioria pela falta de encaminhamento ao especialista certo e idas e vindas aos médicos, sem solução do problema.

Já no estudo de Mou J, et al. (2019) as justificativas para os atrasos foram a falta de comunicação entre as instituições, atrasos em admissões, consultas e triagens para chegar ao diagnóstico, contudo, outros fatores podem também estar relacionados a esse atraso, como as características do indivíduo ou seu círculo, como costumes ou traumas causados por serviços médicos. Dessa forma, o atraso no tratamento e diagnóstico, não pode ser atribuído apenas a um único fator.

Como limitação, teve-se a falta de padronização na alimentação dos dados nos prontuários, visto que, cada profissional alimenta o sistema de um jeito individual, não colocando informações essenciais acerca do histórico ou tratamento, por exemplo, os 34,7% dos pacientes que não tinham informação sobre o histórico familiar de câncer, bem como, o de histórico de doenças prévias. Outra limitação observada foi o motivo das desistências e se houve busca ativa por essa criança. Por fim, percebe-se a importância da caracterização preliminar nas instituições quando há intenção de realizar intervenções nos processos de assistência à saúde, então, esse estudo servirá de base para outro estudo de proposição de método de trabalho na instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil dos pacientes demonstrou que tem idade entre um e quatro anos, de cor branca, do sexo masculino, residem fora da cidade do centro de tratamento e a maioria das crianças conseguiram se manter livres da doença após o tratamento. Ainda, percebe-se que cada criança e família tem sua individualidade dentro do processo de diagnóstico e tratamento. Por fim, mesmo que o tempo entre o primeiro sintoma e início do tratamento, o tempo entre o primeiro sintoma e entrada no serviço especializado esteja dentro do preconizado pela lei, ainda é um tempo longo, colocando essa criança em risco de metástases e menor chance de sobrevida.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO LGL, et al. Perfil Demográfico e Clínico de Casos de Neoplasias Hematológicas em Crianças e Adolescentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2022; 68(2): 242356.
2. BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm. Acessado em: 06 de janeiro de 2024.
3. CUNHA MOM, et al. Atendimento de Emergência Pediátrica a Crianças e Adolescentes com Câncer: Causas de Consultas e Fatores associados à Internação. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2023; 69(4): 034076.
4. FELICIANO SVM, et al. Incidência e Mortalidade por Câncer entre Crianças e Adolescentes: uma Revisão Narrativa. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2018; 64(3): 389-396.
5. FERLAY J, et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *International Journal of cancer*. 2021; 149: 778–789.
6. FURTADO MM, et al. Estudo epidemiológico do câncer infantojuvenil em centro de referência do Oeste do Estado do Pará Epidemiological profile of childhood cancer in patients attended at the regional hospital of Santarém-PA in the period from 2013 to 2015. *Brazilian Journal of Health Review*, 2022; 5(1): 627-639.
7. INCA. 2022. O que é Câncer? Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer/o-que-e-cancer>. Acesso em: 01 jun. 2022.
8. LONGO BC, et al. Estudo Epidemiológico do Câncer Infantojuvenil no Hospital de Câncer de Cascavel Uopecan entre os Anos 2000 e 2014. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2021; 67(3): 201224.
9. MARQUES MMP e GONZALES RO. Perfil epidemiológico de pacientes oncológicos pediátricos na atenção terciária: ênfase aos submetidos a fisioterapia. *Revista científica da faminas*, 2020; 15(2): 27-34.
10. MENDES EV. Desafios do SUS. Brasília, DF: CONASS, 2019.
11. MOROSINI F, et al. Incidência, Mortalidade e Sobrevida por Câncer Infantil no Uruguai, 2011-2015. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2023; 69(1): 163054.
12. MOU J, et al. Delay in Treatment After Cancer Diagnosis in Adolescents and Young Adults: Does Facility Transfer Matter? *J Adolesc Young Adult Oncol*, 2019; 8(3): 243-253.
13. MUNIZ RNMP, et al. Perfil de crianças e adolescentes com tumores de sistema nervoso central no nordeste brasileiro, 2010-2016. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 2022; 26: 1.
14. PAIVA ACM, et al. Evolução do Estado Nutricional de Crianças e Adolescentes com Leucemia Linfóide Aguda submetidos a Terapia Oncológica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2022; 68(2): 061865.
15. PEREIRA CIP, et al. Impactos Psicossociais e na Qualidade de Vida do Tratamento Oncológico em Crianças e Adolescentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2023; 69(3): 123888.
16. POMBO-DE-OLIVEIRA, MS. Oncologia Pediátrica e Investigações Científicas em População Vulnerável. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2018; 64(3): 291–292.
17. SANTOS LM, et al. Fatores associados ao insucesso da cateterização intravenosa periférica em crianças com câncer. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2023; 36: 00882.
18. SILVA NCF, et al. O Impacto do Diagnóstico nas Condições Socioeconômicas das Famílias de Crianças e Adolescentes com Tumores Sólidos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2020; 66(3): 131104.
19. SPIRONELLO RA, et al. Mortalidade infantil por câncer no Brasil. *Saúde e Pesquisa*, 2020; 13(1): 115-122.
20. TOMINAGA LBL, et al. Diagnósticos CIPE® e intervenções de enfermagem para pacientes pediátricos em tratamento quimioterápico. *Revista Gestão & Saúde*, 2023; 25(1): 195-206.