

Caracterização das Pacientes, na Infância e Adolescência, Portadoras de Câncer no Município de Jundiaí e Região

Characterizing Patients in Childhood and Adolescence Suffering from Cancer in the City of Jundiaí and Vicinity

Caracterización de las Pacientes, en la Infancia y Adolescencia, Portadoras de Cáncer en el Municipio de Jundiaí y Región

João Bosco Ramos Borges¹, Sandra Loggetto², Milzen Jessel Lavander Giatti³, Ana Carolina Marchesini de Camargo³,
Alice Christina Pinheiro Pereira⁴, Aline Paterno Miazaki⁴, Thais Andrea dos Santos⁴

Resumo

O objetivo deste estudo foi estabelecer o perfil de pacientes do sexo feminino, na infância e adolescência, portadoras de câncer no Instituto de Clínicas Pediátricas Bolívar Risso (GRENDAACC) - Jundiaí, bem como de que forma é feito o diagnóstico, tratamento e como ocorre a sua evolução. Foram estudados 71 prontuários, do período entre 1995 e 2006, de crianças e jovens entre 0 e 17 anos do sexo feminino. Os resultados são apresentados, com nível de significância de 5% e mostram que 75% das pacientes eram brancas, com média etária de 8 anos. A maioria delas procede de Jundiaí (52%). Em relação à função ovariana, 11% já haviam iniciado as menstruações ao diagnóstico, e quase 70% procuraram o setor terciário de saúde no primeiro mês do aparecimento da sintomatologia (52%). Quase metade dos diagnósticos são leucemias e 46% chegou em estágio clínico avançado. Levou-se menos de um mês entre o diagnóstico e o início da terapêutica para a maior parte das pacientes. O tratamento eleito em quase 90% dos casos foi a quimioterapia, e a cirurgia em um terço das pacientes. Os sinais e sintomas clínicos prevalentes foram dor óssea, anemia, febre e manchas rochas/hemorragias. Concluiu-se que a maioria das pacientes é encaminhada rapidamente. No entanto, quase metade delas chega ao hospital já com a doença em estágio avançado. Verificou-se que 47% dos casos encontram-se fora de terapia e 22,5% foram a óbito.

Palavras-chave: Neoplasias; Criança; Adolescente; Feminino; Perfil de Saúde; Jundiaí, SP

¹Professor Titular da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí (SP), Brasil.

²Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Jundiaí (SP), Brasil.

³Professoras Assistentes da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí (SP), Brasil.

⁴Acadêmicas da Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina de Jundiaí (SP), Brasil.

Estudo desenvolvido pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Jundiaí (SP), Brasil.

Projeto do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CNPq).

Endereço para correspondência: João Bosco Ramos Borges. Rua das Paineiras, 256 - Jardim - Santo André (SP), Brasil. CEP: 09070-220

E-mail: drbosco@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Os cânceres pediátricos correspondem à proliferação descontrolada de células anormais que invadem os tecidos e órgãos, podendo disseminar para outras estruturas da criança, sendo atingidas as células do sistema hematopoiético e os tecidos de sustentação¹. A neoplasia pediátrica mais frequente é a Leucemia Linfóide Aguda (LLA), seguida dos tumores de Sistema Nervoso central (SNC) e dos Linfomas. As LLAs ocorrem principalmente entre os terceiro e quinto anos de vida, e os linfomas mais comuns são os não-Hodgkin, que na adolescência permanecem como a neoplasia mais frequente, mas notando-se aumento na incidência dos osteossarcomas².

Nos Estados Unidos, o câncer infantil está entre as principais causas de mortalidade na faixa etária de 1 a 14 anos, enquanto que no Brasil as neoplasias malignas apresentam-se como terceira causa de morte, sendo superadas por mortes decorrentes de causas externas e acidentes.

No Estado de São Paulo, essas estatísticas mudam uma vez que os tumores são a primeira causa de óbito entre 5 e 14 anos^{3,4,5}. Apesar do aumento das taxas de incidência de tumores da infância, 70% a 80% dos casos de crianças e jovens com LLA são hoje curáveis, estabelecendo-se um balanço de aumento de tumores, porém com melhores resultados terapêuticos. Mas existem dificuldades na abordagem desses tumores⁶.

A cidade de Jundiaí e região abrangem quase um milhão de habitantes, onde aproximadamente 400.000 são do sexo feminino⁷. A estimativa de câncer pediátrico nessa região, para pacientes do sexo feminino, no ano de 2006, variou de 10 a 39 casos (baseado na taxa de um a quatro por cento do total das neoplasias)². A taxa de incidência do câncer em crianças e adolescentes vem aumentando em torno de 1% ao ano. Paralelamente, tem-se detectado crescimento linear da cura dos tumores nessa faixa etária, com estimativa de cura global de cerca de 85%^{3,5}. Em 2000, estimou-se que um em 900 adultos jovens era sobrevivente de câncer e, para o ano 2010, espera-se que essa proporção seja de um em 250^{2,3,5,7,8}.

A melhora das taxas de sobrevida e cura das neoplasias da infância é reflexo sobretudo do diagnóstico precoce, e do avanço na descoberta e implementação dos medicamentos oncológicos. Recentemente, verificam-se mudanças no comportamento da evolução dos tumores, pela perspectiva de cura em grande número de casos. Sabe-se que hoje dois terços dos cânceres podem ser considerados de excelente prognóstico se o diagnóstico for preciso e precoce, com adequada terapêutica instituída³.

Assim os gestores de saúde precisam atentar para a abordagem preventiva, na qual o paciente tenha acesso

ao atendimento médico especializado mais rapidamente^{9,10,11}. É fundamental que a responsabilidade de assistência seja designada a uma única equipe multidisciplinar, e que essa seja a mesma no seguimento do tratamento, a fim de assegurar a continuidade do cuidado e a estabilidade da relação médico-paciente¹². Há diretrizes para que se siga uma conduta de padronização nos registros e no protocolo de tratamento oncológico de crianças e adolescentes, com a finalidade de possibilitar a implementação de futuras pesquisas clínicas e epidemiológicas correlacionadas¹.

O objetivo deste estudo foi estabelecer o perfil de pacientes do sexo feminino, na infância e adolescência, portadoras de câncer no GRENDACC de Jundiaí, bem como de que forma é feito o diagnóstico, tratamento e como ocorre sua evolução.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo analítico, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Jundiaí, segundo os termos da resolução nº 196, de 10/10/1996. A casuística para a pesquisa foi identificada a partir de arquivos e prontuários existentes no GRENDACC de Jundiaí. Foram incluídos todos os prontuários de crianças e adolescentes do sexo feminino com diagnóstico histológico de câncer que foram atendidas no GRENDACC de Jundiaí, entre os anos de 1995 e 2006 (71 prontuários).

As variáveis estudadas foram:

- idade da paciente ao diagnóstico;
- cor da pele;
- procedência;
- história familiar de câncer;
- presença da menarca;
- tipo de atendimento do qual foi referenciada;
- tempo decorrido entre primeiros sintomas e procura de serviço médico oncológico;
- sintomas e sinais que motivaram procura por atendimento;
- tipo de neoplasia;
- estágio de evolução da neoplasia;
- tempo para iniciar o tratamento;
- tempo médio de seguimento dos pacientes;
- momento do tratamento em que se encontrava;
- tipo de tratamento à que foi submetida;
- complicações e alterações presentes durante o tratamento;
- ocorrência de recidiva e óbito.

Foi utilizada ficha específica para coleta de dados dos protocolos de tratamento e prontuários de crianças

e adolescentes com câncer atendidas no GRENDACC. Os dados foram coletados pelos pesquisadores e registrados em uma ficha preparada especificamente para esse fim. Os dados foram digitados utilizando-se o programa Excel® (*Microsoft*). As respostas pré-codificadas foram digitadas diretamente a partir dos questionários em duas ocasiões distintas para minimizar as chances de erro.

Para a análise e tabulação dos dados, foi utilizado o programa SAS versão 8.0 e calculados: médias, desvio-padrão, frequências absolutas (n) e relativas (%). Os resultados são apresentados em forma de tabelas. A prevalência de cânceres em seus diferentes estádios foi estimada da amostra das crianças e adolescentes do sexo feminino e calculados os respectivos intervalos de confiança. Foi assumido nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Na análise dos 71 prontuários de pacientes do sexo feminino, a média de idade das pacientes na ocasião do diagnóstico de câncer era de 8 anos, com idade entre 0 e 17 anos. Em relação à cor da pele, 75% eram brancas, 21% pardas e 4% eram negras por heterodeclaração/heteroclassificação.

As crianças e adolescentes atendidas foram classificadas conforme sua procedência como: 52% de Jundiaí, 16% de Várzea Paulista, 7% de Cabreúva, 7% de Jarinú, 4% de Itupeva, 3% de Campo Limpo, 3% de Itatiba, 3% de Louveira e 5% de outros municípios.

Em relação aos antecedentes relevantes, 11,3% apresentavam história familiar de câncer e 11% das jovens com tumores já haviam iniciado as menstruações no momento do diagnóstico do tumor, encontrando-se na menarca.

Em relação ao Serviço que referenciou as pacientes ao GRENDACC, 67,6% das pacientes incluídas no estudo foram encaminhadas de hospital, 21,1% procuraram espontaneamente o serviço e 8,5% foram encaminhadas de serviços privados. Considerando o tempo decorrido entre o surgimento dos primeiros sintomas e a procura por atendimento médico, 50% das pacientes levaram menos de um mês, 19% até dois meses, 20% demoraram entre dois e seis meses e 7% demoraram entre seis e 12 meses para buscar atendimento médico. Além disso, 4% levaram mais de 12 meses para serem encaminhadas ao GRENDACC a partir do início dos sintomas.

Dor óssea, anemia, febre e manchas roxas ou hemorragias foram os mais frequentes sinais e sintomas clínicos que motivaram o encaminhamento ou a procura de atendimento médico pelas pacientes (Tabela 1).

Tabela 1. Sinais e sintomas clínicos que motivaram o encaminhamento/procura dos tumores da infância e adolescência, na microrregião de Jundiaí, no período de 1995-2006

	n	%
Dor óssea	17	23,9%
Anemia	16	22,5%
Febre	12	16,9%
Manchas roxas/hemorragias	12	16,9%
Adenomegalia	10	14,1%
Artrite/artralgia	7	9,9%
Dor abdominal	6	8,5%
Perda de peso/anorexia	6	8,5%
Aumento do volume abdominal	6	8,5%
Cefaleia	5	7,0%
Náuseas/vômitos	4	5,6%
Não relatados	3	4,2%
Outros	24	33,8%

% realizada em relação ao total de pacientes (n=71)

As leucemias totalizaram 42,2% dos tumores da infância e adolescência, de acordo com o diagnóstico patológico (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos tumores da infância e adolescência de acordo com o diagnóstico patológico, na microrregião de Jundiaí, no período de 1995-2006

Tumor	n	%
Leucemias	LLA	26 36,6%
	LMA	2 2,8%
	LMC	2 2,8%
Linfomas	LNH	2 2,8%
	DH	5 7%
Tumores cerebrais	SNC	4 5,6%
Tumores de adrenal	NB	6 8,5%
Tumor renal	Wilms	6 8,5%
Tumor de fígado	Hepatoblastoma	1 1,4%
Tumores ósseos	Osteossarcoma	4 5,6%
	Ewing	1 1,4%
Tumor de células germinativas		5 7%
Histiocitose das células de Langerhans		3 4,2%
Câncer de tireoide		1 1,4%
Hemangioma de coxa esquerda		1 1,4%
Rabdomiossarcoma		1 1,4%

Legendas: LLA=Leucemia Linfóide Aguda; LMA=Leucemia Mieloide Aguda; LMC=Leucemia Mieloide Crônica; Linfoma Não-Hodgkin; DH=Doença de Hodgkin; SNC=Sistema Nervoso Central; NB=Neuroblastoma

Considerando as LLAs de alto risco e os tumores sólidos de estádios III e IV como doença avançada, observou-se que 46,4 % dos casos de neoplasias dessas jovens chegaram para tratamento em estágio avançado. Após o diagnóstico, 86% das pacientes iniciaram o tratamento em menos de 15 dias e 5,1% entre 15 e 30 dias. Mas 8,9% demoraram mais de um mês para iniciar a terapêutica.

O tempo médio de seguimento das pacientes foi de seis anos. Entre as pacientes incluídas, 47 % dos casos já haviam concluído o tratamento no momento do estudo e 30,5% continuavam ainda sob tratamento (esse maior número ainda em tratamento é reflexo do crescimento do serviço). O principal tratamento para as neoplasias malignas da infância e adolescência foi a quimioterapia, realizada em 90% dos casos. Os demais tratamentos usados foram a cirurgia em 20% , radioterapia em 14%, e 2,8% dos casos foram submetidos a outras modalidades como, por exemplo, o Interferon.

As complicações infecciosas estiveram presentes em 25,4 % das vezes, durante a evolução dos casos de neoplasias da infância e adolescência na microrregião de Jundiaí, sendo que também ocorreram três gravidezes inadvertidas (4,2% das pacientes) durante o seguimento dessas pacientes (Tabela 3).

A taxa de recidiva de tumores observada foi de 12,7%; e 22,5% das pacientes deste estudo foram a óbito.

DISCUSSÃO

O município de Jundiaí é referência para tratamento oncológico nas cidades da microrregião, atendendo a

nove municípios. As pacientes procedentes de Jundiaí representavam pouco mais da metade do grupo de estudo, e mais de 40% deste grupo eram pacientes residentes nas cidades circunvizinhas. Dessa forma, tem-se que a Secretaria de Saúde de Jundiaí é onerada ao atender à demanda em tratamento de alta complexidade, pois o custo com atendimento de pacientes dos municípios vizinhos é apenas parcialmente financiado pela verba da gestão plena. O diagnóstico precoce que se almeja, além de oferecer melhor prognóstico, é uma forma de baixar custos no tratamento.

As neoplasias pediátricas malignas são habitualmente oligossintomáticas, o que pode retardar o diagnóstico. Acresce-se, a essa demora diagnóstica, o fato de que esses sintomas podem ser inespecíficos, semelhantes a doenças comuns na infância, como visto na Tabela 1. Apesar de o tempo entre o início dos sintomas e o encaminhamento das pacientes ao GRENDACC ter sido inferior a dois meses em 69% dos casos, 46,5% das pacientes chegaram ao serviço com doença avançada. Daí a importância de estabelecer programas de promoção da saúde e educação continuada para que o profissional de saúde eleve o índice de suspeita para diagnóstico dos cânceres infantis. Deve-se também estimular a divulgação e esclarecimento dos principais sinais e sintomas das neoplasias pediátricas, para a população em geral, como: febre, anemia, perda peso, hematomas, entre outros. Busca-se com isso que familiares das pacientes procurem atendimento em saúde quando essas se encontrarem doentes.

Em 67,6% de nossa casuística, as pacientes foram encaminhadas de hospitais ao tratamento especializado. Esse fato pode ser atribuído a uma falha no sistema de atendimento básico que antecede o hospitalar. É fundamental incentivar educação em saúde direcionada para a população, já que a procura espontânea pode ser considerada elevada (21,1%) para esse tipo de doença que o GRENDACC atende. Essa educação direcionada refletiria em melhora no diagnóstico precoce do câncer^{15,16}.

Em relação ao tipo de neoplasia, este estudo possui achados semelhantes aos da literatura cujos principais cânceres encontrados foram as leucemias e os tumores do SNC, seguidos dos linfomas e dos sarcomas^{17,18}. LLA em 36,6% dos casos, Neuroblastoma em 8,5% dos casos, Tumor de Wilms em 8,5% dos casos, Doença de Hodgkin em 7% dos casos, entre outros. O único diagnóstico em que a incidência diferiu de estudos prévios foi o tumor de SNC, pois nesta pesquisa foram encontrados 5,6%, enquanto a literatura refere aproximadamente 21%.

Após a definição do diagnóstico, observou-se que 86% das pacientes já iniciaram o tratamento em tempo inferior a um mês, geralmente entre 3-15 dias. Nos casos

Tabela 3. Complicações e alterações detectadas durante a evolução dos casos de neoplasias da infância e adolescência, na microrregião de Jundiaí, no período de 1995-2006

	n	%
Infecções	18	25,4%
<i>Diabetes insipidus</i>	3	4,2%
<i>Diabetes mellitus</i>	2	2,8%
Gravidez inadvertida	3	4,2%
Amenorreia secundária	1	1,4%
Síndrome Beckwith-Wiedemann	1	1,4%
Cisto simples de ovário E	1	1,4%
Diminuição da acuidade auditiva	1	1,4%
Escoliose	1	1,4%
Hipertireoidismo	1	1,4%
Hipoplasia de medula pós-tratamento	1	1,4%
Deteção de ovário micropolicístico	1	1,4%
Psorise da pele	1	1,4%
Trombose de veia cava inferior	1	1,4%

% realizada em relação ao total de pacientes (n=71)

das leucemias, em que os exames laboratoriais diagnósticos são quase que exclusivamente realizados no GRENDACC e, portanto, com maior agilidade, o tratamento quimioterápico geralmente foi iniciado em três dias, tempo necessário para aguardar os exames, instalar cateter, orientar a família e obter o termo de consentimento informado. Já nos tumores sólidos foi necessário mais tempo, cerca de 10-15 dias, para realização de biópsia, instalação de cateter, estadiamento, aguardar exame anatomopatológico e de imunohistoquímica, orientar a família e assinar o termo de consentimento informado.

É imperativo modificar o tempo para atendimento das quase 9% de pacientes que demoraram mais de 30 dias para iniciar o tratamento quimioterápico, comprometendo o prognóstico, com risco de disseminação da doença. Esse atraso para o início da terapia ocorreu em função de dificuldade na obtenção de exames de imagem, importantes para o estadiamento adequado dos tumores. A Secretaria da Saúde Municipal deve priorizar o atendimento de exames para câncer, criando política de saúde específica para oncologia, o que agilizará a fase propedêutica e melhorará o prognóstico dessas jovens pacientes.

Os dados deste estudo em relação ao prognóstico são superponíveis à literatura, que estima 70% de cura para todos os casos de câncer. A mortalidade entre as pacientes, no período estudado, foi de 22,5%. Para ocorrer melhoria desses números, o diagnóstico precoce será fundamental.

O tratamento oncológico apresenta complicações ou sequelas, mostradas na Tabela 3, e as infecções durante o tratamento quimioterápico imunossupressor foram as mais frequentes. Citam-se, como por exemplo, as infecções que ocorrem no transplante de medula óssea alogênico (TMO), podendo também ocorrer doenças primárias e infecções durante a internação para o procedimento¹³. Outras complicações/sequelas encontradas no grupo de estudo foram as alterações endocrinológicas relacionadas diretamente ao tratamento, como a *diabetes mellitus* pelo uso de corticoterapia e as patologias de base como a *diabetes insipidus* e histiocitose de células de Langerhansn. Com a melhora das terapias e o aumento das taxas de sobrevida e de cura, se faz necessário o acompanhamento a longo prazo dessas pacientes para seguimento das possíveis sequelas, além do risco de uma segunda neoplasia.

Na casuística do presente estudo, a maior parte das pacientes teve seu diagnóstico antes dos 10 anos de idade (média=8 anos), e não haviam ainda apresentado a menarca. É relevante citar que três dessas pacientes atendidas no GRENDACC ficaram grávidas

após o tratamento, com gestações normais e recém-nascidos saudáveis.

A ocorrência de segunda neoplasia é um problema real, associado ao uso de drogas quimioterápicas como inibidores da topoisomerase II (etoposide e teniposide) e de agentes alquilantes. Já a radioterapia está associada a desenvolvimento de câncer em local irradiado, como no SNC (glioblastoma multiforme, astrocitoma de alto grau, meningioma), pele (carcinoma basocelular), região cervical (carcinoma de tireoide, câncer de parótida) e ossos (osteossarcoma). Na LLA, o período de latência entre o tratamento e o desenvolvimento de segunda neoplasia é curto, diferente dos tumores sólidos em que esse período é mais longo¹⁹. Talvez pelo curto tempo de acompanhamento das pacientes fora de terapia, não foram observados casos de neoplasia secundária nessa amostra.

O tratamento oncológico de crianças e adolescentes do sexo feminino na microrregião de Jundiá vem sendo realizado com qualidade em serviço de referência. Apesar de obter resultados em relação a tratamento e cura semelhantes à literatura internacional, há pontos que devem ser melhorados, sobretudo, no que diz respeito ao diagnóstico precoce e no seguimento das consequências geradas por este tratamento.

É fundamental a monitorização dos efeitos tardios em uma criança e/ou adolescente tratado oncológicamente, uma vez que esses podem acarretar efeitos clínicos e psicossociais negativos no crescimento e desenvolvimento das pacientes. Tal acompanhamento será simplificado se pesquisas clínicas e epidemiológicas forem realizadas avaliando os efeitos tardios do tratamento¹³.

CONCLUSÃO

As pacientes na infância e adolescência, portadoras de câncer, que procuraram o GRENDACC em Jundiá, eram na maioria das vezes branca, na primeira década de vida, antes da menarca, encaminhadas de atendimento terciário e procuraram o atendimento médico logo após o surgimento dos primeiros sintomas. Sintomas inespecíficos são as manifestações iniciais, e as leucemias foram as neoplasias mais frequentes. Muitos casos de neoplasias dessas jovens chegaram para tratamento em estágio avançado, sendo que a maioria recebeu quimioterapia. As infecções foram as principais complicações. Apesar de esse tipo de neoplasia ter alto índice de cura, melhores resultados poderão ser obtidos se as manifestações clínicas associadas a essas doenças forem detectadas precocemente, estabelecendo diagnóstico preciso e utilizando medidas terapêuticas adequadas o mais cedo possível.

REFERÊNCIAS

1. Silva DB, Pires MMS, Nassar SM. Câncer pediátrico: análise de um registro hospitalar. *J Pediatr (Rio J)* 2002; 78(5):409-14.
2. Estimativa 2006 Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer. [acesso em 2006 jun 07]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2006>>.
3. Cagnin ERG, Lliston NM, Dupas G. Representação social da criança sobre o câncer. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(1):51-60
4. Bianchi A, Gomes Filho JMM, Barba MF, Odone Filho V. Diagnóstico do Câncer. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JAL, Okay Y, coordenadores. *Pediatria básica: pediatria clínica geral*. São Paulo: Sarvier; 2003. t II .p. 921-56.
5. Rodrigues KE, Camargo B. Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 49(1):29-34.
6. Malta JDS, Schall VT, Modena CM. O momento do diagnóstico e as dificuldades encontradas pelos oncologistas pediátricos no tratamento do câncer em Belo Horizonte. *Revista brasileira de cancerologia* 2009; 55(1): 33-9.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades - Jundiá*. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. [acesso em 07 jun 2007]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>
8. Todd A, Florin MD, Andrea S, Hinkle MD. A guide to caring for cancer survivors. *Contemp Pediatr* 2005 ago; 22(8):31-48.
9. Lawor ER. Principles of targeted diagnoses and therapies. In: *International Society of Paediatric Oncology*. Vancouver: SIOP; 2005.
10. Nadel H. Making the correct diagnosis -Nuclear medicine tools. In: *International Society of Paediatric Oncology*. Vancouver: SIOP; 2005.
11. Gnekow AK, Walker DA. Diagnostic and treatment principles for low grade glioma of childhood and adolescence. In: *International Society of Paediatric Oncology*. Vancouver: SIOP; 2005.
12. Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica. Comitê Psicossocial. *Manual de orientações psicossociais em oncologia pediátrica*. São Paulo; Comitê Pediátrico da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia; 2000. Disponível em URL: <http://www.sbpo.com.br/producao/siop.pdf>
13. Castro Jr CG, Gregianin LJ, Brunetto AL. Análise clínica e epidemiológica do transplante de medula óssea em um serviço de oncologia pediátrica. *J Pediatr (Rio J)* 2002; 79(5): 413-22.
14. Gurney JG, Bondy ML. Câncer e tumores benignos. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Tratado de Pediatria*. 17.ed (Elsevier). Rio de Janeiro: 2005. p.1783-834.
15. Shiller P. *A vertigem da imortalidade - segredos, doenças*. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
16. Pai ALH, Drotar D, Zebracki K, Moore ME, Youngstrom E. A meta-analysis of the effects of psychological interventions in pediatric oncology on outcomes of psychological distress and adjustment. *J Pediatr Psychol* 2006; 31:978-88.
17. Barbosa JC, Aguillar OM, Boemer MR. O significado de conviver com a insuficiência renal crônica. *Rev Bras Enferm* 1999; 52(2): 293-302.
18. Tetelbom M, Falceto OG; Gazal CH, Shansis F, Wolf AL. A criança com doença crônica e sua família: importância da avaliação psicossocial. *J Pediatr (Rio J)* 1993;69:5-11.
19. Bhatia S, Sklar C. Second cancers in survivors of childhood cancer. *Nat Rev Cancer* 2002; 2:124-32.

Abstract

This study aimed to characterize the profile of female patients in childhood and adolescence with cancer in the *Bolívar Risso* Institute of Pediatric Clinic - GRENDACC - Jundiaí, as well as to understand how the diagnosis, treatment, and follow-up are done. A total of 71 medical reports of 0- to 17-year-old female children and adolescents between 1995 and 2006 were studied. Results are presented with significance level of 5% and show that 75% of patients were white, whose mean age was 8. Most of them live in Jundiaí (52%). Regarding their ovarian function, 11% had already had their first menstrual period at diagnosis. Approximately 70% referred to the tertiary healthcare sector in the first month when symptoms appeared (52%). Almost half of them were diagnosed with leukemia and 46% presented advanced clinical stage at admission into the institute. The time between diagnosis and initiation of treatment was less than a month for most patients. Chemotherapy was chosen in almost 90% of patients and surgery, in one third of patients. The prevalent clinical signs and symptoms were bone pain, anemia, fever and purple skin patches/hemorrhage. In conclusion, most of these patients are rapidly referred to hospital. However, almost half of them present advanced stage of the disease at admission. It was verified that 47% of the patients are not under treatment and 22.5% died.

Key words: Neoplasms; Child; Adolescent; Female; Health Profile; Jundiaí city

Resumen

El objetivo de este estudio fue establecer el perfil de pacientes del sexo femenino en la infancia y adolescencia, portadoras de cáncer en el Instituto de Clínicas Pediátricas Bolívar Risso (GRENDACC) - Jundiaí, y como se hace el diagnóstico, el tratamiento y como ocurre su evolución. Fueron estudiados 71 prontuarios, del período comprendido entre 1995 y 2006, de niños y jóvenes del sexo femenino, entre cero y 17 años. Los resultados se presentaron con un nivel de significación del 5% y mostraron que un 75% de las pacientes era de raza blanca, con una edad media de 8 años. La mayoría de ellas proviene de Jundiaí (52%). En relación con la función ovárica, el 11% ya había comenzado a menstruar para el diagnóstico, y casi el 70% buscó el sector terciario de salud en el primer mes de la aparición de la sintomatología (52%). Casi la mitad de los diagnósticos eran leucemias y el 46% llegó en estadio clínico avanzado. La duración fue de menos de un mes entre el diagnóstico y el inicio de la terapia para la mayoría de las pacientes. El tratamiento elegido en casi 90% de los casos fue la quimioterapia y la cirugía en un tercio de las pacientes. Las señales y síntomas clínicos frecuentes fueron el dolor óseo, anemia, fiebre y manchas moradas/hemorragias. Se concluyó que la mayoría de las pacientes es encaminada rápidamente. Sin embargo, casi la mitad de ellas llega al hospital con la enfermedad en estadio avanzado. Se ha comprobado que el 47% de los casos está fuera de la terapia y el 22,5% ha fallecido.

Palabras clave: Neoplasias; Niño; Adolescente; Femenino; Perfil de Salud; Jundiaí, SP