



Caracterização do Perfil da Clientela do Setor de Terapia Ocupacional na Oncologia Pediátrica

Characterization the Patient Profile of the Occupational Therapy Sector in Pediatric Oncology

Caracterización de un Perfil para el Sector de la Terapia Ocupacional en Oncología Pediátrica

Mariana Midori Sime¹, Nara Suemi Shishido², Walkyria de Almeida Santos³

Resumo

Introdução: Com a crescente abrangência das ações de assistência ao paciente oncológico no sentido da reabilitação, habilitação e melhora na qualidade de vida, além do enfoque no diagnóstico e tratamento, houve a inserção de outros profissionais nesta área. **Objetivo:** Esta pesquisa teve com o objetivo caracterizar o perfil das crianças e adolescentes com câncer atendidos pela terapia ocupacional. **Método:** Foram analisados os 34 prontuários de indivíduos atendidos no ano de 2007. Os dados coletados foram anotados em uma ficha, na qual constavam: dados referentes à identificação do indivíduo, dados clínicos relativos à doença oncológica e dados relativos à avaliação e tratamento de terapia ocupacional. O método estatístico utilizado foi a análise descritiva. **Resultados:** Identificou-se que 34 crianças e adolescentes foram atendidos; houve equivalência com relação ao gênero; sendo a maioria na faixa etária entre 6 e 10 anos de idade (13 indivíduos); com diagnóstico de tumor no sistema nervoso central (23 indivíduos); não estavam estudando (20 indivíduos); possuíam renda entre 1 e 3 salários mínimos (25 famílias); e utilização do Sistema Único de Saúde (32 indivíduos). Os encaminhamentos para a terapia ocupacional ocorreram principalmente através da fisioterapia (13 indivíduos) e da fisioterapia (7 indivíduos). **Conclusão:** Na avaliação e tratamento constatou-se a atenção às atividades básicas e instrumentais de vida diária e ao desenvolvimento físico, sensorial e cognitivo. Conclui-se que a terapia ocupacional com enfoque na oncologia pediátrica necessita de mais encaminhamentos e espera-se contribuir para a divulgação do seu trabalho e a importância da consolidação na área.

Palavras-chave: Perfil de Saúde; Criança; Adolescente; Oncologia; Terapia Ocupacional; Epidemiologia Descritiva

¹Terapeuta Ocupacional. Especialista em Terapia da Mão e Reabilitação do Membro Superior pela Universidade Federal de São Carlos. Mestranda em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos. *E-mail:* mariana.midori@gmail.com. São Paulo (SP), Brasil.

²Terapeuta Ocupacional. Pós-Graduada em Reabilitação pela Universidade Federal de São Paulo. *E-mail:* narasuem@gmail.com. São Paulo (SP), Brasil.

³Terapeuta Ocupacional. Responsável pelo Setor de Terapia Ocupacional do Instituto de Oncologia Pediátrica/Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer/ Universidade Federal de São Paulo (IOP/GRAACC/UNIFESP). Membro da Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica, da Associação Brasileira de Linfomas e Leucemias e da Sociedade Latino-Americana de Oncologia Pediátrica. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* walkyriasantos@graacc.org.br. *Endereço para correspondência:* Walkyria de Almeida Santos. IOP/GRAACC/UNIFESP. Rua Botucatu, nº 743. Vila Clementino. São Paulo (SP), Brasil. CEP: 04023-062.



INTRODUÇÃO

A atenção ao paciente com câncer no Brasil inicia-se no século XX com escasso conhecimento da etiologia da doença e com a assistência focalizando-se no diagnóstico e tratamento. A partir de 1987, são iniciadas ações de prevenção e diagnóstico precoce através do Programa de Oncologia (PRO-ONCO)¹.

Em 1998, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.535, a fim de estruturar a Rede Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia no Brasil através do cadastramento dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs)². Os CACONs são unidades hospitalares públicas ou filantrópicas responsáveis pela confirmação diagnóstica dos pacientes, estadiamento, assistências ambulatoriais e hospitalares, atendimentos das emergências oncológicas e cuidados paliativos. De acordo com a portaria citada, esses centros deveriam possuir os serviços de profissionais especialistas em várias áreas, inclusive o do terapeuta ocupacional^{3,4,5}. No entanto, em 2005, tal portaria foi revogada pela Política Nacional de Atenção Oncológica, através da portaria nº 2.439/GM^{6,7}.

A Terapia Ocupacional (TO) atua no processo terapêutico da criança por meio de atividades que a envolvam e a incentivem no retorno ao controle de sua vida, seus hábitos e atividades rotineiras, apesar das limitações da doença e do tratamento agressivo⁸⁻¹¹.

A criança com câncer comumente apresenta alterações nas habilidades em executar atividades cotidianas devido ao intensivo tratamento¹²⁻¹⁵. Devido ao estado de adoecimento “sempre serão constatados efeitos secundários comprometedores do curso natural do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), determinados por fatores próprios da doença oncológica e/ou por tratamentos necessários”¹¹.

Diante desses fatores, pode-se considerar que o terapeuta ocupacional é um importante profissional integrante de uma equipe multidisciplinar responsável pela atenção ao paciente oncológico⁹⁻¹¹ e, embora a política de saúde ainda não garanta sua presença nos Centros de Atendimento Oncológico, continua desempenhado o seu papel em instituições como o Instituto de Oncologia Pediátrica (IOP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e do Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (GRAACC).

No que se refere à patologia, o câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. As neoplasias mais frequentes na infância são as leucemias, tumores do sistema nervoso central (SNC) e linfomas. Também acometem crianças o neuroblastoma,

tumor de Wilms, retinoblastoma, tumor germinativo, osteossarcoma, sarcomas^{3,16,17}.

Ao contrário do câncer no adulto, em que as principais células afetadas são as do epitélio, que recobrem os diferentes órgãos (câncer de mama, câncer de pulmão), o câncer da criança geralmente afeta as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação. Doenças malignas da infância, por serem predominantemente de natureza embrionária, são constituídas de células indiferenciadas que, em geral, respondem melhor aos métodos terapêuticos atuais, tais como quimioterapias e radioterapias, porém são comuns as sequelas físicas, cognitivas ou emocionais decorrentes desse período de adoecimento³.

Em vista disso, o paciente oncológico pode apresentar alteração ou incapacitação do desempenho ocupacional independente, sendo, portanto, este o enfoque do trabalho da TO no processo de habilitação e/ou reabilitação, motivação e reinserção social do paciente^{10,11,18}.

O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil das crianças e dos adolescentes com câncer atendidos pela TO.

MÉTODOS

O local do estudo foi o Setor de TO do IOP-GRAACC/UNIFESP.

Foram analisados 39 prontuários de indivíduos que receberam a intervenção de TO no ano de 2007, no período de janeiro a novembro. Destes, 5 prontuários foram excluídos do estudo, pois 3 indivíduos foram somente avaliados, mas não compareceram para a intervenção e houve 2 óbitos. Sendo assim, a pesquisa contou com 34 prontuários de crianças e adolescentes.

A organização das informações foi realizada através do preenchimento de fichas idealizadas especificamente para este estudo, conforme descrita no item seguinte, sendo uma para cada paciente.

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do IOP (número do protocolo: 0702/08).

Inicialmente, foram realizadas consultas de todos os prontuários do Setor de TO, separando-se os que possuíam anotações de intervenções ocorridas no ano de 2007. Após esta etapa, as fichas de coleta de dados foram preenchidas.

Constavam na ficha de coleta: dados referentes à identificação do paciente, dados clínicos relativos à doença oncológica e dados relativos à TO.

Os dados relativos à identificação do paciente foram: gênero, data de nascimento, idade, escolaridade, município e estado de origem, residência durante o tratamento, renda familiar e tipo de convênio.

Os dados clínicos referentes à doença oncológica priorizaram diagnóstico primário, queixas iniciais,

origem do encaminhamento para a TO e tratamentos (quimioterápico, radioterápico e cirúrgicos) realizados durante o ano de 2007.

Com relação aos dados relativos à TO, averiguou-se a avaliação inicial (aspectos motores, cognitivos e da vida ocupacional), a conduta adotada para o tratamento, frequência de atendimentos, número de atendimentos realizados e a evolução do caso.

Os dados referentes à renda familiar foram obtidos junto ao Setor de Serviço Social.

As informações sobre o diagnóstico, queixas iniciais, encaminhamentos e tratamentos, quando não estavam presentes nos prontuários da TO, foram obtidos diretamente do prontuário eletrônico hospitalar.

Foi utilizada a análise descritiva que consiste na utilização de gráficos a fim de descrever e resumir os dados para organizar e possibilitar a análise dos resultados.

RESULTADOS

Com relação aos dados referentes à identificação das 34 crianças e adolescentes, observou-se que 17 eram do sexo masculino e 17 do sexo feminino.

As idades das crianças e adolescentes foram consideradas do final do período de 2007 com exceção das crianças que foram a óbito. Sendo assim, foram encontradas idades compreendendo dos 2 aos 24 anos. A variável idade foi categorizada em cinco grupos etários: 1-5 anos (5 do sexo feminino e 1 do sexo masculino), 6-10 anos (6 do sexo feminino e 7 do sexo masculino), 11-15 anos (2 do sexo feminino e 4 do sexo masculino), 16-20 anos (2 do sexo feminino e 4 do sexo masculino), 21-25 anos (2 do sexo feminino e 1 do sexo masculino), como observa-se na Figura 1.

De acordo com o nível de escolaridade até o momento do adoecimento, 4 crianças (entre 2 e 3 anos) não estavam em processo de alfabetização, 7 frequentavam a Educação

Infantil, 15 tinham o Ensino Fundamental Incompleto, 1 completou o Ensino Fundamental, 5 tinham o Ensino Médio Incompleto e 2 completaram o Ensino Médio.

Em relação à escola, pode-se constatar que 20 não frequentavam, 7 frequentavam, 2 faziam acompanhamento na Escola Móvel do GRAACC, 1 trabalhava e 4 não foram avaliados.

Com relação ao município e estado de origem, todas as crianças e adolescentes advinham do Estado de São Paulo, porém de cidades diferentes, sendo 22 da cidade de São Paulo, 2 de Osasco, 1 de Mauá, 1 de Cotia, 1 de Guarulhos, 1 de São Bernardo do Campo, 1 de Itapeverica da Serra, 1 de Itaquaquecetuba, 1 de Presidente Prudente, 1 de Guararema, 1 de Taboão da Serra e 1 de Diadema.

No que diz respeito à renda familiar, os dados coletados juntamente ao serviço social foram convertidos para as faixas salariais correspondentes ao valor do salário mínimo do ano de 2007, vigente no estado de São Paulo, isto é, R\$ 380,00. Pôde-se verificar que 2 famílias não possuíam renda familiar, 3 famílias possuíam até 1 salário mínimo, 25 famílias possuíam entre 1 e 3 salários mínimos, 2 famílias tinham entre 3 e 5 salários mínimos e 2 famílias tinham renda acima de 7 salários mínimos.

Quanto ao tipo de convênio utilizado pelas famílias para custear o tratamento das crianças ou adolescentes, identificou-se que 32 famílias beneficiavam-se do Sistema Único de Saúde (SUS) e somente 2 possuíam convênio particular.

A seguir, serão expostas as informações a respeito da caracterização da doença oncológica.

Com relação aos diagnósticos, foram categorizados: tumores do SNC (12 meduloblastomas, 4 astrocitomas, 2 ependimomas, 2 pinealoblastomas, 1 teratoma cístico sacral, 1 tumor de pineal e 1 tumor de tronco cerebral difuso); outros tumores sólidos (3 osteossarcomas, 1 carcinoma de suprarenal, 1 lipomatose, 1 neuroblastoma, 1 neurofibromatose tipo II, 1 rabdomiossarcoma) e doenças sistêmicas (2 leucemias linfoides agudas, 1 leucemia mieloide aguda). Em seguida, observa-se o gráfico demonstrativo (Figura 2).

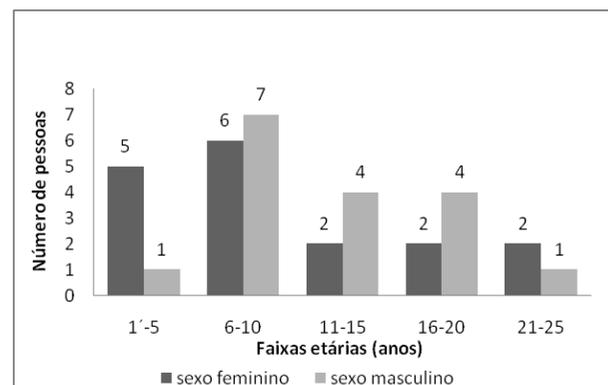


Figura 1. Gráfico demonstrativo das relações entre as faixas etárias, número de pessoas e gênero

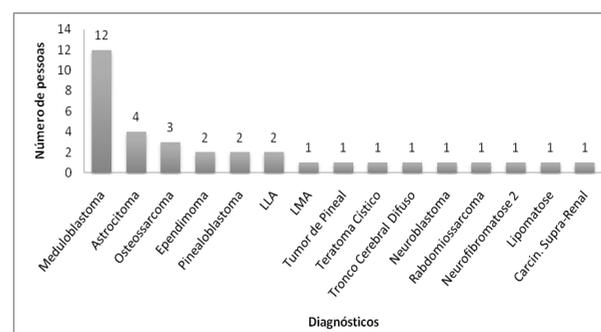


Figura 2. Gráfico demonstrativo da relação entre diagnósticos e o número de indivíduos

Os sinais e sintomas iniciais mais frequentemente referidos foram: cefaleia (10 relatos), dor (7 relatos), vômito (7 relatos), alterações visuais (7 relatos), quedas (5 relatos) e convulsões (4 relatos).

O encaminhamento do paciente, para a TO, se originou de diversas maneiras, sendo que, na maioria das vezes, os encaminhamentos foram feitos pelas diversas clínicas ambulatoriais existentes no IOP. Alguns encaminhamentos foram realizados conjuntamente, por duas clínicas diferentes, pois alguns atendimentos ambulatoriais são feitos de maneira compartilhada com a presença de profissionais das duas áreas, ou as duas clínicas decidiram, em um mesmo momento, encaminhar o paciente. Nesse sentido, a distribuição se deu da seguinte forma: 13 encaminhamentos da fisioterapia, 7 da fisioterapia, 3 da oncopediatria e fisioterapia, 2 da oncopediatria, 2 foram por triagem no leito realizada pela TO, 1 encaminhamento do ambulatório da dor, 1 do médico hematologista, 1 da psicologia, 1 da nutrição e fisioterapia, 1 da enfermagem responsável pela internação da UTI, 1 da fonoaudiologia e 1 por busca espontânea. O gráfico seguinte representa essa distribuição (Figura 3).

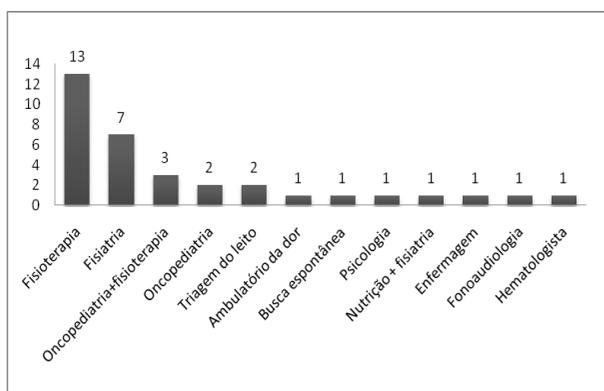


Figura 3. Gráfico relativo à origem dos encaminhamentos de indivíduos para a TO

Durante o ano de 2007, as crianças e os adolescentes realizaram procedimentos para o tratamento da neoplasia, ou seja, 7 indivíduos realizaram somente quimioterapia (QT); 5 indivíduos realizaram quimioterapia e radioterapia (QT + RxT); 4 indivíduos realizaram quimioterapia, radioterapia e cirurgia (QT + RxT + Cirurgia); 3 indivíduos realizaram quimioterapia e cirurgia (QT + Cirurgia); 4 indivíduos realizaram somente cirurgia; 1 indivíduo realizou apenas radioterapia (RxT) e 10 indivíduos não passaram por nenhum desses procedimentos.

Os tópicos avaliados na TO a partir de cada criança ou adolescente compreenderam:

A. Aspectos físicos: nos quais, 9 indivíduos apresentavam limitação de amplitude de movimento

(ADM), 30 indivíduos com alteração na movimentação de membros superiores, 29 indivíduos com alteração da coordenação motora fina, 28 indivíduos com alteração da coordenação motora grossa, 23 indivíduos com alteração da coordenação viso motora e 5 indivíduos possuíam deformidades; **B.** Aspectos sensoriais: nos quais, 24 indivíduos apresentaram alteração de equilíbrio, 16 indivíduos apresentavam alteração visual, 4 indivíduos estavam com alteração na audição e 3 indivíduos com alteração no tato; **C.** Aspectos cognitivos: nos quais, 11 indivíduos apresentavam alteração da concentração e atenção, 10 indivíduos estavam com alteração da comunicação verbal e 10 indivíduos com alteração da orientação tempo espacial; **D.** Áreas de desempenho ocupacional: nas atividades básicas de vida diária (ABVDs), 15 indivíduos eram dependentes, 14 indivíduos eram semidependentes e 5 indivíduos eram independentes. Nas atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), 17 indivíduos eram dependentes, 12 indivíduos eram semidependentes, 3 indivíduos independentes e 2 indivíduos não foram avaliados. Nas atividades produtivas e de trabalho, 4 indivíduos eram dependentes, 3 indivíduos eram independentes e 26 indivíduos não foram avaliados (possuíam idades até 16 anos). Nas atividades de recreação e lazer, 16 indivíduos eram dependentes, 12 indivíduos eram semidependentes, 5 indivíduos eram independentes e em 1 indivíduos não foi avaliado; **E.** Uso de tecnologias assistivas referente a equipamentos para mobilidade: 6 faziam uso de cadeira de rodas e 1 usava muleta.

A partir da avaliação de cada criança e adolescente, foi estabelecida uma conduta a ser tomada: **a)** A estimulação do controle motor foi trabalhada com 30 indivíduos; **b)** A estimulação cognitiva consta na conduta de 19 indivíduos; **c)** A integração sensorial para 18 indivíduos; **d)** A conservação de energia foi indicada para 6 indivíduos; **e)** Em relação às áreas de desempenho ocupacional: 21 indivíduos foram estimulados nas ABVDs, AIVDs, atividades de recreação e lazer; 4 indivíduos somente para ABVDs; 2 para AIVDs e atividades de recreação e lazer; 1 para ABVDs e AIVDs e 1 para ABVDs, AIVDs, atividades de recreação e lazer e atividades produtivas e de trabalho; **f)** Quanto à indicação e treino de tecnologia assistiva referente à cadeira de rodas, ocorreu com 8 indivíduos e muletas para 1 indivíduo. Foram encontradas também indicações de 5 órteses (1 para membros inferiores e 4 para membros superiores) e 4 adaptações (1 estabilizador cervical, 2 posicionadores para membros superiores e uma mesa ortostática); **g)** O controle da dor foi referido no prontuário de 6 indivíduos; **h)** O controle da fadiga para 4 indivíduos; **i)** O controle da cicatrização para 1 indivíduo.

No que se refere à frequência de atendimentos, foram constatados que 26 indivíduos compareceram aos atendimentos de TO 1 vez por semana, 6 compareceram

2 vezes por semana e 2 indivíduos alternavam a frequência durante o ano.

No ano de 2007 foram realizados 551 atendimentos com 34 indivíduos, sendo uma média de 16,20 atendimentos/ano por indivíduos.

Ao final do ano de 2007, a evolução das crianças e dos adolescentes em relação ao tratamento de TO deu-se da seguinte forma: 17 foram indicados para continuidade do tratamento, 7 indivíduos tiveram alta com objetivos cumpridos, 6 foram a óbito, 3 abandonaram o tratamento e 1 indivíduo foi encaminhado para outro Serviço.

DISCUSSÃO

Neste estudo identificou-se que no Setor de TO foram atendidas 34 crianças e adolescentes, desse modo, verifica-se que ainda consiste em um Serviço em formação e consolidação, uma vez que no hospital do GRAACC são realizados cerca de 2.500 atendimentos mensalmente entre sessões de quimioterapia, consultas, procedimentos ambulatoriais, cirurgias, transplantes de medula óssea e outros¹⁹. Sallas, em um estudo de revisão bibliográfica de anos anteriores a 1976 até 2006, identificou que a TO evoluiu nas publicações no campo de oncologia, principalmente em relação à intervenção no câncer de mama, sendo ainda restrita a divulgação do trabalho nas áreas de neurologia, ginecologia, cabeça e pescoço, dermatologia, hematologia, colorretal¹⁸.

A população atendida pela TO no GRAACC foi caracterizada em sua maioria com idades entre 6 e 10 anos e com o diagnóstico de tumor no SNC. Esses dados corroboram o perfil de atendimentos realizados na instituição que se especializou em casos de alta complexidade, tais como: tumores do SNC, tumores ósseos, leucemias e outras neoplasias que necessitam de transplante de medula óssea²⁰.

Em relação à escolaridade, identificou-se que a maioria não concluiu o ensino fundamental e nem estava frequentando a escola ou participando de algum acompanhamento pedagógico no período que realizava tratamento no Setor de TO. Esses dados diferem de uma pesquisa realizada, em 2008, pelos coordenadores da Escola Móvel do GRAACC, responsável por orientar e fazer o acompanhamento pedagógico de crianças e adolescentes que cursavam desde a primeira série do Ensino Fundamental até a terceira série do Ensino Médio. Naquele ano foi constatado que apenas 7% das crianças e adolescentes em tratamento desistiam do ano escolar²¹.

Na literatura observa-se a melhora na autoestima, humor e motivação nas crianças que participam dos programas escolares durante o tratamento oncológico, já

o seu impedimento é tido como mais um fator doloroso, limitante e de restrição devido à doença^{11,12}.

Durante o período do tratamento oncológico e/ou de reabilitação na TO, a maioria das crianças e dos adolescentes permaneceu em sua própria residência, na cidade de São Paulo, onde se localiza o GRAACC, comparecendo ao IOP sempre que necessário. Somente 2 indivíduos, os que residiam em Presidente Prudente (SP) e Guararema (SP), ficaram em Casas de Apoio, que são residências especiais para alojar paciente e familiar durante o período do tratamento.

A literatura, entretanto, aponta que a migração da família no país de um estado a outro, é um fato comumente observado em cerca de 40% a 50% dos casos de câncer na criança, com diagnósticos de tumores de SNC, tumores ósseos, leucemias mieloides agudas e retinoblastomas que exigem do paciente e de sua família a migração, pois necessitam ser tratados em centros de alta complexidade, com equipes multidisciplinares treinadas e que incluem, além do médico e enfermeira experientes, cirurgiões especializados, unidades de terapia intensiva (UTIs), centro de radioterapia, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistente sociais etc¹⁹.

Nesta pesquisa, identificou-se que o GRAACC constitui-se principalmente de clientes que possuem renda familiar de 1 a 3 salários mínimos e que são atendidos pelo SUS. A literatura indica que a assistência na área de oncologia está entre as mais onerosas e o setor considerado como principal mantenedor é o SUS, incentivando a pesquisa de testes diagnósticos. Além disso, responsabiliza-se pelos custos indiretos tais como aposentadoria, alimentação, medicamentos¹⁸.

As informações a respeito da caracterização da doença oncológica priorizaram o diagnóstico primário, as queixas iniciais, a origem do encaminhamento para a TO e os tratamentos (quimioterápico, radioterápico e cirúrgicos) realizados.

O diagnóstico predominante nesse estudo foi o comprometimento do SNC, sendo o meduloblastoma principalmente, desse modo, corroborando a literatura que aponta os tumores do SNC como a segunda neoplasia mais frequente na faixa pediátrica e que representam 20% de todas as doenças malignas da infância¹⁷.

Os sinais e sintomas identificados como mais frequentes foram: cefaleia, dor, vômitos e alterações visuais, em concordância com o estudo sobre neoplasias cerebrais pediátricas de Argollo e Lessa, que classificaram os principais sinais e sintomas em: **Grupo 1**, cefaleia e/ou vômitos (sintomas/sinais de hipertensão intracraniana); **Grupo 2**, ataxia e/ou paralisia de nervos cranianos (sintomas/sinais de tumores da fossa posterior); **Grupo 3**, distúrbios endócrinos e/ou visuais (sintomas/sinais de tumores da

linha média); **Grupo 4**, convulsão e/ou hemiparesia (sintomas/sinais de tumores hemisféricos)¹⁵.

Constatou-se que os encaminhamentos de indivíduos para o Setor de TO foram realizados predominantemente pelos seguintes profissionais: fisioterapeutas e médicos fisiatras, que, em conjunto com a TO e a fonoaudiologia, compõem o serviço de reabilitação.

Em um estudo objetivando a análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais no Estado do Rio de Janeiro, foi verificada a dificuldade de encaminhamento para profissionais responsáveis pela reabilitação (fisioterapia motora, TO, fonoaudiologia e psicologia). Na literatura identificamos as seguintes razões para essa ocorrência: existência de poucas instituições de assistência pediátrica diferenciada do ambulatório de pediatria geral, envolvendo outros profissionais; inexistência de uma demanda gerada pelo cliente do serviço público de saúde, devido a um desconhecimento da possibilidade desse tipo de atendimento; e também a organização de prioridades nos centros de saúde, ou seja, o foco dos gestores ainda esteja centrado na redução da mortalidade neonatal e não na qualidade do desenvolvimento das crianças das unidades de terapia intensiva neonatais, ou ainda, essa clientela ainda não tenha sido identificada como uma demanda relevante¹⁹.

Durante o ano de 2007, a maioria dos indivíduos deste estudo realizou procedimentos para tratamento da neoplasia, tais como: quimioterapia, radioterapia e cirurgias.

Tais procedimentos são revelados na literatura como frequentemente utilizados nos casos de tumores do SNC, sozinhos ou em combinação, dependendo da idade do paciente, tipo, localização, tamanho e estadiamento do tumor. Esses procedimentos podem ainda interferir na adesão, frequência e resultados do tratamento da TO; pois, muitas vezes, dependendo do protocolo designado para a criança, algumas reações adversas podem acometê-la^{3,4}.

Serafim, Vilanova e Silva, num estudo sobre a avaliação neurológica de crianças e adolescentes com tumor cerebral através de acompanhamento ambulatorial, descobriram que, dos 70 indivíduos avaliados, os resultados mais significativos foram: 13 indivíduos não apresentaram sequelas, 5 apresentaram ataxia, dismetria e paralisia do sétimo par de nervos cranianos, 3 apresentaram hemiparesia e 3 desenvolveram epilepsia. Com relação à presença de sequelas, de acordo com a localização do tumor, a pesquisa revelou a presença de sequelas em 27 indivíduos com tumores supratentoriais e em 30 indivíduos com tumores infratentoriais. Os autores ressaltam ainda que é importante melhorar os tratamentos, tanto para aumentar a sobrevivência como para que diminuam, na medida do

possível, as sequelas. O êxito do tratamento consistirá não somente em curar a enfermidade, mas também em proporcionar bem-estar físico, psíquico e socioeconômico ao paciente e à sua família¹¹.

No que se refere à TO, a literatura aponta que ela “atua no seu processo terapêutico por meio de atividades que envolvem a criança no seu ambiente, auxiliando que a mesma retome o controle de sua vida, de seus hábitos e atividades de rotina, apesar das limitações da doença e do tratamento agressivo”¹⁰.

Nesta pesquisa, identificou-se que os principais déficits e intervenções na clientela da TO ocorreram em relação aos movimentos e funções dos membros superiores, aspectos visuais e de equilíbrio, aspectos cognitivos, independência nas ABVDs e AIVDs.

De acordo com Santos, as “sequelas físicas e sensoriais, ainda que transitórias, requerem a atividade clínica da TO recuperando funções e reintegrando a criança ao domínio de suas atividades do cotidiano, orientando também os familiares e cuidadores nas adaptações de materiais, ambiente e sobre uso de órteses quando necessário”⁹.

Percebe-se que o retorno as ABVDs e AIVDs ocorrem de maneira mais ativa quando a criança encontra-se fisicamente mais estável (livre de efeitos colaterais e recuperada em termos nutricionais). Esses aspectos são continuamente abordados ao longo de 3 ou 5 anos após a fase aguda, no período de seus exames controles¹¹.

Em relação à intervenção da TO, realiza-se conjuntamente, na medida do possível, aos desejos da família, do paciente e também das necessidades observadas pelo terapeuta. Para isso, podem ser utilizados variados recursos: equipamentos e adaptações; atividades lúdicas como jogos e brincadeiras, atividades artesanais e artísticas etc¹⁰. Neste estudo foi observado a indicação e treino das seguintes tecnologias assistivas: equipamentos para mobilidade, adaptações e órteses para proporcionar melhor posicionamento de estrutura corpórea.

Em relação à frequência de atendimentos (1 ou 2 vezes por semana) e a quantidade de atendimento por paciente no ano de 2007, observou-se um número muito reduzido que, como já relatado anteriormente, pode ter sido influenciado pelas reações adversas aos tratamentos oncológicos (quimioterapia, radioterapia, cirurgias) e às intercorrências advindas da doença (piora do quadro clínico, internações). Entretanto, outros fatores também podem estar associados à interrupção dos atendimentos de TO, tais como: estabelecimento de prioridades por parte de familiares no sentido de tratar primeiro a neoplasia; pouca adesão; abandono e óbito^{10,14}.

Ao final do ano de 2007, a maioria das crianças e dos adolescentes foi indicada para continuidade do tratamento

em TO. Na literatura, ainda são restritas as publicações e divulgação de conhecimento da atuação com crianças com neoplasias do SNC, e não foram encontrados parâmetros de tempo de terapia desses indivíduos¹⁵.

Um estudo realizado no Brasil revela que o câncer já é a terceira causa de morte por doença entre 1 e 14 anos, e no município e Estado de São Paulo é a primeira causa de óbito entre 5 e 14 anos de idade, excluindo-se as causas externas (acidentes, homicídios e suicídios). Nos últimos anos, foi observada uma melhora da sobrevivência para todos os tipos de tumor com a formação de equipes multidisciplinares e grupos cooperativos no Brasil¹¹.

CONCLUSÃO

Na busca de caracterização da clientela do Setor de TO de um hospital de oncologia pediátrica, nossa amostra encontrou os seguintes dados descritores de um perfil:

Clientela constituída de crianças e adolescentes com tumores do SNC; sem instrução escolar; beneficiários do SUS, em grande parte referidos por médico fisiatra e por fisioterapeutas, para a TO.

Nas avaliações clínicas da TO, constatou-se a presença de alterações nos aspectos físicos (movimentação de membros superiores, coordenação motora grossa e fina), nos aspectos sensoriais (equilíbrio) e no desempenho ocupacional (ABVDs, AIVDs, atividades produtivas e do trabalho, recreação e lazer).

As intervenções ocorreram, em sua maioria, 1 vez por semana e tiveram como foco a estimulação do controle motor e do melhor desempenho ocupacional.

Ao final do ano, a maioria das crianças foi indicada para continuidade no serviço de TO.

O setor comporta uma demanda maior, mas infelizmente ainda é escasso o número de casos encaminhados para TO, considerando a quantidade de pacientes que circulam na Instituição com as mesmas queixas atendidas na triagem e avaliação da TO.

Com esta pesquisa, espera-se contribuir para o acervo científico nessa área de atuação, divulgar o trabalho do terapeuta ocupacional oferecendo um perfil sobre a clientela que se beneficia dessa intervenção e, conseqüentemente, aumentar o número de encaminhamentos para as intervenções terapêutico-ocupacionais na área de oncologia pediátrica.

CONTRIBUIÇÃO

Trabalho concebido e proposto por Walkyria de Almeida Santos. Dados colhidos e organizados por Nara Sushido e Mariana Midori. As três autoras participaram da redação e revisão crítica.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Barreto EMT. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Revista brasileira de cancerologia* 2005;51(3):267-75.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3535, de 02 de setembro de 1998.
3. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Onde se tratar de câncer pelo SUS. [acesso em 03 mar 2008]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tratamento/ondetratar_sus.asp#cacon
4. Palm RCM. Oncologia. In: Cavalcanti e Galvão. *Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.485- 92.
5. Vasconcelos RF, Albuquerque VB, Costa MLG. Reflexões da clínica terapêutica ocupacional junto à criança com câncer na vigência da quimioterapia. *Revista brasileira de cancerologia* 2006;52(2):129-37.
6. Othero MB. Conceitos gerais em Oncologia. In: Othero MB (org.). *Terapia Ocupacional – práticas em Oncologia*. São Paulo: Roca; 2010. p.12.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2439, de 8 de dezembro de 2005.
8. Lee MLM, Petrilli AS. O tratamento da criança com câncer no Brasil: o debate da migração. *Editorial. Pediatría* 2004;26(1):11-2.
9. Santos WA. Terapia Ocupacional e o tratamento do câncer na infância. *Rev Atual Ter Ocup* 2003;1(1):3-4.
10. Pengo MMSB, Santos WA. O papel do terapeuta ocupacional em oncologia. In: De Carlo MMRP; Luzo MCM. *Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca; 2004. p. 233-55.
11. Serafim A, Vilanova LCP, Silva NS. Neurological evaluation of children and adolescents with brain tumor, based on ambulatory-oriented follow-up. *Arq Neuropsiquiatr* 2001;59(4):849-53.
12. Rodrigues KE, Camargo B. Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. *Rev Assoc Med Bras* 2003;49(1):29-34.
13. Munhoz MA, Ortiz LCM. Um estudo da aprendizagem e desenvolvimento de crianças em situação de internação hospitalar. *Educação* 2006;1(58):65-83.
14. Silva GM, Teles SS, Valle ERM. Estudo sobre as publicações brasileiras relacionadas a aspectos psicossociais do câncer infantil – período de 1998 a 2004. *Revista brasileira de cancerologia* 2005;51(3):253-61.
15. Argollo N, Lessa I. Aspectos clínico-epidemiológicos das neoplasias cerebrais na faixa etária pediátrica no estado da Bahia, Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 1999;57(2-B):442-51.
16. Bittencourt R, Scaletzky A, Boehl JA. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre-RS. *Revista brasileira de cancerologia* 2004;50(2):95-101.



Sime MM, Shishido NS, Santos WA

17. Sallas EN. Evolución de la terapia ocupacional em el campo de la oncologia. Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. 2006;4:1-19.
18. O GRAACC – Grupo de Apoio ao Adolescente e a Criança com Câncer. [acesso em 06 fev 2010]. Disponível em: [HTTP://www.graacc.org.br/o-graacc.aspx](http://www.graacc.org.br/o-graacc.aspx).
19. GRAACC: excelência no combate ao câncer infantil. [acesso em 25mar2009]. Disponível em: [HTTP://www.graacc.org.br/acontece-no-graacc/imprensa/release.aspx](http://www.graacc.org.br/acontece-no-graacc/imprensa/release.aspx)
20. Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (GRAACC). Uma escola dentro do GRAACC: escola móvel não deixa os pacientes ficarem longe dos estudos. Informativo do Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (GRAACC). S.d. 4 abr/maio (15): 6-7.
21. Magluta C, Melo MDBB, Mello RR, Moreira MEL. Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais. Cien Saude Colet 2005.10(2):299-307.



Abstract

Introduction: With the increasing scope of actions to assist cancer patients towards rehabilitation, empowerment and improved quality of life, along with the focus on diagnosis and treatment, the inclusion of other professionals in this area took place. **Objective:** This study aimed to characterize the profile of children and adolescents with cancer treated with occupational therapy. **Method:** We analyzed the charts of 34 patients treated throughout the year of 2007. The collected data were filled into a form, which contained: data related to personal identification, clinical data related to cancer, and data regarding the evaluation and treatment of occupational therapy. Descriptive analysis was the statistical method used. **Results:** It was identified that 34 children and adolescents were seen and there was equivalence as to gender, whose majority was between 6 and 10 years of age (13 individuals) with a diagnosis of tumor in the central nervous system (23 individuals), who were not studying (20 individuals) with incomes between one and three minimum wages (25 families) and using the Unified Health System (32 individuals). Referrals for occupational therapy occurred mainly through physical therapy (13 subjects) and physiatry (7 subjects). **Conclusion:** In the evaluation and treatment it was found that attention was focused on basic and instrumental activities of daily living and physical, sensory and cognitive development. It is concluded that occupational therapy focusing on pediatric oncology needs more referrals and we expect to contribute to the dissemination of its work and the importance of its consolidation in the area.

Key words: Health Profile; Child; Adolescent; Oncology; Occupational Therapy; Epidemiology; Descriptive

Resumen

Introducción: Con el alcance cada vez mayor de medidas para ayudar a los pacientes con cáncer a la rehabilitación, habilitación y mejoramiento de la calidad de vida, junto con el enfoque en el diagnóstico y tratamiento hubo la inclusión de otros profesionales en este ámbito. **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo caracterizar el perfil de los niños y adolescentes con cáncer tratados con la terapia ocupacional. **Método:** Se analizaron las historias clínicas de 34 pacientes tratados durante el año 2007. Los datos recogidos fueron registrados en un formulario, que contenía: datos relativos a la identificación de los datos individuales, clínicos relacionados con el cáncer, y los datos para la evaluación y el tratamiento de la terapia ocupacional. El método estadístico utilizado fue un análisis descriptivo. **Resultados:** Se identificó que 34 niños y adolescentes fueron vistos y no había equivalencia en relación con el género, la mayoría de ellos de edades comprendidas entre los 6 y 10 años de edad (13 personas) con diagnóstico de tumor en el sistema nervioso central (23 personas), no estaban estudiando (20 personas), tenían ingresos entre uno y tres salarios mínimos (25 familias) y socios del Sistema Único de Salud (32 individuos). Los encaminamientos para la terapia ocupacional se dieron principalmente a través de fisioterapia (13 individuos) y de la fisiatría (7 individuos). **Conclusión:** La evaluación y el tratamiento se encontró que concentrarse en actividades básicas y instrumentales de la vida diaria y el desarrollo físico, sensorial y cognitivo. Se concluye que la terapia ocupacional se centra en oncología pediátrica, necesita más referencias y se espera que contribuya para la difusión de su labor y la importancia de la consolidación en este ámbito. **Palabras clave:** Perfil de Salud; Niño; Adolescente; Oncología; Terapia Ocupacional; Epidemiología Descriptiva