

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Gilmara Beserra de Oliveira

**PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
COM TUMOR CEREBRAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO**

Cuité/PB

2014

Gilmara Beserra de Oliveira

**PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
COM TUMOR CEREBRAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em
Enfermagem, em cumprimento às exigências legais
para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem
pela Universidade Federal de Campina Grande –
Campus Cuité.

Orientadora: MsC. Glenda Agra

Cuité /PB

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

O48p Oliveira, Gilmara Beserra de.

Perfil clínico e sociodemográfico de crianças e adolescentes com tumor cerebral em um hospital público. / Gilmara Beserra de Oliveira. – Cuité: CES, 2014.

59 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Glenda Agra.

1. Câncer. 2. Neoplasias. 3. Sistema nervoso central. I.
Título.

CDU 616-006

Gilmara Beserra de Oliveira

**PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
COM TUMOR CEREBRAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Gilmara Beserra de Oliveira do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, tendo obtido o conceito de 9,6, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª MsC. Glenda Agra

Curso de Bacharelado em Enfermagem - UFCG/UAS/CES

Orientadora

Prof^ª MsC. Isolda Maria Barros Torquato

Curso de Bacharelado em Enfermagem – UFCG/UAS/CES

Membro interno

Prof^ª MsC. Lidiane Lima de Andrade

Curso de Bacharelado em Enfermagem – UFCG/UAS/CES

Membro interno

Cuité, 08 de Abril de 2014

Ao meu avô-pai Gerson Francisco Bezerra (*in memoriam*). Minha fonte de dedicação e inspiração, **DEDICO**.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida, pela força espiritual, sabedoria para enfrentar as coisas da melhor forma possível e pela fé que me impulsionou a nunca desistir dos meus sonhos.

A minha amada mãe, **Gilsa Beserra de Sousa**, batalhadora, essencial em minha vida, sempre estando do meu lado e pelo apoio principalmente nessa caminhada. Sem ela nada disso estaria acontecendo, agradeço pelo amor incondicional, meu orgulho e meu exemplo de mulher. Obrigada Mãe!

Ao meu sobrinho, **João Gabriel**, pelas alegrias e pelo amor que é demonstrado a cada dia, em cada sorriso, durante esses anos.

Ao meu irmão, **André Beserra de Oliveira**, pelo apoio, companheirismo e por estar sempre presente.

A minha avó, **Rosa Beserra de Sousa**, pelo apoio, incentivo, pela força, amor e confiança atribuídos a mim nessa jornada.

Aos **meus familiares** por toda força que me deram para tornar esse sonho realidade e que de certa forma contribuíram para isso.

A minha orientadora, **Prof^a. Glenda Agra**, por ter aceitado me orientar, pela dedicação, atenção, muita paciência nos esclarecimentos das dúvidas, apoio e compreensão nas horas difíceis. Pela sua essencial contribuição na construção deste trabalho. Muito obrigada!

As professoras, **Isolda Maria Barros Torquato** e **Lidiane Lima de Andrade** por terem aceitado fazer parte da minha banca examinadora, e pelas contribuições que só engrandeceram este trabalho.

As minhas amigas **Cecília, Yasmin, Flaviana, Layane, Haline** e **Bianca** pela amizade, apoio, companheirismo, pela força que sempre depositaram em mim, por sempre estarem ao meu lado durante todos esses anos nas horas boas como também nos momentos difíceis e por me acolherem em suas residências sempre com muito carinho, o que frequentemente acontecia, vocês são amigas que sempre levarei em meu coração.

Ao meu amigo **Sandro**, pelo companheirismo, apoio, amizade e carinho que me dedicou durante todos esses anos de curso, você sempre estará em meu coração, te amo e muito obrigada!

Aos **meus colegas de curso**, passamos por muitos momentos juntos, e essa etapa que um dia começamos juntos esta chegando ao fim, mas com a certeza que demos o nosso melhor, e que jamais esqueceremos o que vivenciamos, a saudade ficara guardada em nossos corações.

As minhas amigas **Géssica, Larisse, e Jordana** pelo incentivo, apoio e companheirismo em todos os momentos, vocês foram minha válvula de escape nos momentos difíceis.

Ao **corpo docente do curso de enfermagem do CES** pelos ensinamentos passados durante a minha vivência acadêmica.

Ao **Hospital Universitário Alcides Carneiro**, as **enfermeiras** do setor de oncologia e todos os **funcionários**, pela acessibilidade e por ter acreditado nessa pesquisa.

A **Universidade Federal de Campina Grande - CES** e a cidade de **Cuité** pelo acolhimento e receptividade, que sempre farão parte da minha vida.

“Eu sei que é difícil esperar
Mas Deus tem um tempo para agir e pra curar
Só é preciso confiar

Se a cruz lhe pesa
Não é para se entregar
Mas pra se aprender a amar
Como alguém que não desiste

A dor faz parte do cultivo desta fé
Pois só sabe o que se quer
Quem luta para conseguir ser feliz

Não desista do amor, não desista de amar
Não se entregue à dor, porque ela um dia vai passar.”

Pe. Fábio de Melo

RESUMO

OLIVEIRA, Gilmara Beserra. **Perfil Clínico e Sociodemográfico de Crianças e Adolescentes com Tumor Cerebral em um Hospital Público de Campina Grande/PB.** 2014. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande. Cuité – PB, 2014.

Introdução: O câncer infantil é um conjunto de doenças que tem como característica o crescimento desordenado de células, que se multiplicam rápido e sucessivamente em crianças e adolescentes. O tumor cerebral entre esses jovens é considerado a segunda causa de morte entre as doenças e é o tumor sólido de maior prevalência. **Objetivo:** Apresentar a prevalência e a caracterização do perfil clínico e sociodemográfico de crianças e adolescentes com tumor cerebral em um hospital público da região da Borborema paraibana. **Metodologia:** Trata-se de um estudo documental e retrospectivo, por meio de análise de dados secundários, através de prontuários de crianças e adolescentes diagnosticados com tumor cerebral que são atendidos no hospital público da região da Borborema paraibana, durante o mês de janeiro de 2014. A amostra foi constituída de 14 prontuários de crianças e adolescentes diagnosticados com neoplasias do Sistema Nervoso Central (SNC), atendidos no referido hospital entre o período de 2008 a 2013. Os dados coletados foram agrupados de forma quantitativa utilizando o programa *Microsoft Excel 2007*, os quais foram organizados em gráficos e a análise foi discutida de acordo com a literatura pertinente. **Resultados e Discussão:** No presente trabalho, as neoplasias do SNC são mais comuns entre o sexo feminino com 64,3% em relação ao masculino com 35,7%, sendo a faixa etária entre um a 11 anos a mais atingida representando 71,4% dos casos analisados. Em relação aos tipos dessas neoplasias, a maior prevalência ocorreu entre os gliomas com 35,8%, principalmente os astrocitomas; seguido pelos meduloblastomas com 28,6%; ependimomas e craniofaringiomas representando ambos com 7,1%. Os principais sintomas observados durante a análise dos dados foram dor, náuseas, vômitos e convulsões com 28,6%. Em relação ao tratamento, estes são determinados de acordo com o tipo de neoplasia, localização e sua disseminação e as terapêuticas mais utilizadas no referido hospital foram cirurgia, radioterapia e quimioterapia concomitantemente, as quais se observaram uma taxa de 28,6% dos casos analisados. Dos 14 prontuários analisados quatro pacientes (28,6%) foram a óbito durante o período delimitado pela pesquisa. **Considerações Finais:** Tendo em vista o exposto, mais pesquisas relacionadas ao tema são importantes para uma assistência especializada e adequada, trazendo uma melhor qualidade de vida a essas crianças e adolescentes durante o diagnóstico, tratamento e se possível buscar a cura.

Palavras chave: Enfermagem, Neoplasias; Sistema Nervoso Central; Epidemiologia; Crianças; Adolescentes.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Gilmara Beserra. **A Clinic, Sociodemographic Profile of Children and Teenagers with Brain Tumor on a Public Hospital of Campina Grande/PB.** 2014. 59f. Completion of course essay (BS in Nursing) – Universidade Federal de Campina Grande. Cuité – PB, 2014.

Introduction: The infant cancer is a set of diseases which has as characteristics disorderly growth of cells, which multiplies in a quick successive way in children and teenagers. The brain tumor between those young is considered the second responsible for deaths on diseases, and it's the solid tumor to show higher prevalence. **Objective:** Present the prevalence and characteristics of clinical sociodemographic profile of children and teenagers with brain tumor in a public hospital of Borborema region in Paraiba. **Methodology:** It's an documentary retrospective study, with indirect vision, by analysis of secondary data through records of children and teenagers diagnosed with brain tumor who were attended on the public hospital of Borborema region in Paraiba on January of 2014. The sample was constituted on 14 records of children and teenagers diagnosed with neoplasms of the Central Nervous System (CNS) attended on the hospital related between the periods of 2008 to 2013. All data collected were grouped in a quantitative way using the software *Microsoft Excel 2007*, which were organized in charts and the analysis were discussed according to the pertinent literature. **Results and discussion:** On this essay, the neoplasm of the CNS are more common between females with 64,3% in relation to males with 35,7%, and more common on an age range of one to 11 years representing 71,4% of the cases. In relation to types of those neoplasm the bigger prevalence happened between the gliomas with 35,8%, mainly the astrocytomas, followed by the medulloblastomas with 28,6% and, ependymomas and craniopharyngiomas both with 7,1%. The main symptoms saw during the analysis of the data were pain, nausea, vomiting and seizures with 28,6%. Talking about the treatment, those are determined according with the type of the neoplasm, its localization and its dissemination while the therapeutics more used on the related hospital were surgery, radiotherapy and chemotherapy concomitantly, in which is observed a percentage of 28,6% of the analyzed cases. From 14 records analyzed, four patients (28,6%) died during the time of the research. **Final Considerations:** On the big scene more research related to the theme are important for a specialized and adequate assistance, fetching a better quality of life for those children and teenagers during the diagnoses, treatment and if possible search for a cure.

Keywords: Nursing, Neoplasms; Central Nervous System; Epidemiology; Children; Teenagers.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Escala de Dor FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) Recém Nascidos e Lactentes.....	23
Quadro 2	Escala de Faces Wong Baker.....	24

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I	Distribuição da Data de Diagnóstico de Neoplasias do SNC em Crianças e Adolescentes Atendidos no HUAC em Campina Grande no Período de 2008 a 2013.....	33
Gráfico II	Distribuição da Idade e Gênero das Crianças e Adolescentes Atendidos no HUAC.....	34
Gráfico III	Distribuição dos Tipos de Neoplasias do SNC de Acordo com o Gênero de Crianças e Adolescentes Atendidos no HUAC.....	35
Gráfico IV	Distribuição dos Principais Sintomas Acometidos por Crianças e Adolescentes Atendidas no HUAC.....	37
Gráfico V	Distribuição da Terapêutica Realizada nas Crianças e Adolescentes atendidos no HUAC entre os Anos de 2008 a 2013...	38
Gráfico VI	Distribuição de Óbitos de Crianças e Adolescentes de Acordo com o Gênero Atendidos no HUAC.....	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Características das Neoplasias Cerebrais em Crianças e Adolescentes.....	18
2.2 Tratamento das Neoplasias Cerebrais em Crianças e Adolescentes.....	20
3 PERCURSO METODOLÓGICO	26
3.1 Tipo de Pesquisa.....	27
3.2 Local da Pesquisa.....	27
3.3 População e Amostra.....	28
3.4 Instrumento da Pesquisa.....	28
3.5 Coleta de Dados.....	28
3.6 Análise de Dados.....	29
3.7 Considerações Éticas.....	30
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	51
APÊNDICE A – Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados.....	52
APÊNDICE B – Instrumento para Coleta de Dados.....	54
ANEXOS	55
ANEXO A – Termo de Anuência Institucional.....	56
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP.....	57



1. Introdução

Câncer é o nome dado a um conjunto de doenças, ocasionado pelo crescimento desordenado de células. Estas, por sua vez, se multiplicam de forma desorganizada e nunca morrem, continuam crescendo incontrolavelmente, ocasionando o surgimento de novas células anormais, as quais podem invadir órgãos e tecidos adjacentes levando às metástases (BRASILa, 2012).

No mundo, o câncer infantil tem uma incidência de 2% de todas as neoplasias malignas. Estima-se que cerca de 8 a 15% dos tumores pediátricos sejam neoplasias do Sistema Nervoso Central (SNC), sendo este o de maior frequência de tumor sólido em crianças e considerado o segundo tipo de câncer mais prevalente na infância correspondendo a uma incidência anual de 2,3 casos por 100.000 habitantes nos Estados Unidos da América (EUA) (ARAÚJO et al., 2011).

No Brasil, em 2012, a incidência de neoplasias do SNC foi de cinco novos casos a cada 100 mil homens e quatro novos casos a cada 100 mil mulheres. Na região Nordeste, este tipo de câncer está na nona posição como câncer de maior incidência entre homens e na décima primeira entre as mulheres, já na Paraíba apresenta uma taxa de incidência de 3,6% em homens e 3,3% em mulheres. No entanto, nas crianças e adolescentes esses tumores ocorrem geralmente, em menores de 15 anos com média de 10 anos de idade (BRASILa, 2012).

O Sistema Nervoso Central (SNC) é formado pela medula espinhal e pelo encéfalo, que por sua vez é constituído por tronco encefálico, cérebro e hemisférios cerebrais. Os tumores mais incidentes do SNC são as neoplasias, as quais acometem as estruturas intracranianas e os principais tipos são os gliomas, meningiomas e os neurinomas, que se originam a partir de células gliais, meninges e nervos cranianos, respectivamente (SOUZA; VALADARES, 2011).

No que se referem aos aspectos epidemiológicos dos tumores cerebrais em crianças e adolescentes, meninos são mais afetados que meninas dependendo da idade e do tipo neoplásico. A incidência vem aumentando progressivamente e a sobrevivência melhorou pouco em relação às outras neoplasias. Contudo esses tumores são a causa mais comum de mortalidade por câncer na juventude e a segunda de mortes de crianças a partir do primeiro ano de vida, sendo superada apenas pelos acidentes (ARAÚJO et al., 2011).

Segundo Alexandre et al. (2012) a infância é definida como a primeira etapa da vida, em que a criança está em crescimento e desenvolvimento físico, psíquico e social. O mundo da criança gira em torno de descobertas, e é uma fase caracterizada por alegria, ingenuidade e

fantasias, em que sua personalidade estará sendo construída a partir de novos saberes e conhecimentos. Por ser uma etapa de transformações físicas e psicológicas, essa requer uma atenção especial, pois é nela que se observa o desenvolvimento e crescimento do infante, principalmente quando esta apresenta diagnóstico de neoplasia cerebral.

As manifestações clínicas das crianças com tumores cerebrais geralmente são inespecíficas, podendo levar a um pré-diagnóstico sintomático de seis meses, no entanto os sintomas mais apresentados são cefaleia e vômitos em jato, podendo apresentar alterações de comportamento ocasionando letargia ou depressão, estrabismo, convulsões (generalizadas ou locais) esses sintomas ocorrem devido ao aumento da pressão intracraniana causada pela compressão do tumor às estruturas do cérebro ou secundária à hidrocefalia (DIAS; ALMEIDA, 2008). De acordo com Souza e Valadares (2011) a evidência de disfunção cerebral localizada está relacionada à localização específica do tumor, podendo ocasionar invasão do parênquima cerebral, o que leva ao aparecimento dos sintomas como cefaleia e vômitos, devido aos déficits neurológicos progressivos, bem como da própria expansão do tumor, ou da hidrocefalia obstrutiva.

A localização do tumor cerebral irá determinar o tipo de tratamento, suas possíveis combinações e também suas dosagens (OLIVEIRA; ALMEIDA; SILVA, 2010). Os principais tipos de tratamento são quimioterapia, cirurgia ou radioterapia, isoladamente ou associadas, ainda podem fazer uso da radiocirurgia. Porém, a cirurgia é, geralmente, restrita apenas à biópsia para obtenção do diagnóstico, ou em casos de remoção do tumor após utilização de radioterapia e quimioterapia (LISSAUER; CLAYDEN, 2009).

O uso da quimioterapia causa uma variedade de efeitos colaterais, mais especificamente a imunossupressão, a qual pode acarretar neutropenia induzida, colocando a criança em risco para septicemia. Outro efeito colateral é que muitos destes agentes quimioterápicos são causadores de vômitos e náuseas podendo levar ao surgimento de úlceras bucais e essas complicações podem comprometer o estado nutricional significativamente. A criança, muitas vezes, também pode apresentar anemia devido a um declínio do número de trombócitos (LISSAUER; CLAYDEN, 2009). De acordo com Oliveira, Almeida e Silva (2010) a radioterapia apesar de ser um dos tratamentos mais eficazes nos casos de tumor cerebral em crianças, é um dos que mais causa déficit cognitivo podendo aumentar de acordo com a magnitude da dose e também da extensão do cérebro afetado, além dos danos no crescimento e funcionamento normal dos tecidos.

A radiocirurgia consiste numa modalidade terapêutica, na qual é administrada uma alta dose de radiação externa com precisão do alvo a ser atingido e com limites bem definidos,

ocasionando menores radiações nos órgãos sadios, bem como menores efeitos colaterais. (MASCARENHAS et al. 2005).

As crianças e os adolescentes com neoplasias malignas, geralmente, apresentam alterações nas suas atividades diárias devido ao longo período de tratamento, assim como alterações no seu desenvolvimento neuropsicomotor em decorrência de fatores específicos da doença oncológica (SIME; SHISHIDO; SANTOS, 2011). Por isso, a qualidade da atenção oferecida a essas crianças e adolescentes influencia no seu desenvolvimento, na autoestima e no desempenho escolar (ALEXANDRE et al., 2012).

Portanto essas crianças e adolescentes necessitam de uma ampla estrutura para o enfrentamento de todas as etapas do processo (diagnóstico, tratamento). E para isso requerem cuidados intensos, exigindo da equipe da enfermagem conhecimento científico e habilidades para o reconhecimento de sinais e sintomas referentes a estas neoplasias (SOUZA; VALADARES, 2011).

De acordo com as autoras supracitadas no que se refere aos cuidados de enfermagem a estes jovens, o enfermeiro necessita de raciocínio clínico para a tomada de decisões, ou seja, necessita ampliar e aprofundar, continuamente, seus conhecimentos na área atuante, sem esquecer o enfoque interdisciplinar e multidimensional.

Contudo o câncer infantil, apesar de todo avanço da ciência, ainda permanece com a maioria de suas causas desconhecidas, o que o difere dos tumores em adultos, que atualmente tem um numero bastante expressivo de fatores de risco relacionados. Diferem do adulto quanto aos tipos histológicos, comportamento biológico, evolução clínica e respostas terapêuticas (BRASIL, 2008).

Apesar de ser considerado raro, na maioria das populações representa de 0,5% a 3% de todas as neoplasias. Cerca de 70% das crianças e adolescentes sobrevivem quando tratadas em centros especializados por equipe interdisciplinar, e muitas são consideradas curadas. Esse grande avanço nos índices de cura deve-se a associação de tratamentos como radioterapia, cirurgia e poliquimioterapia (BRASIL, 2008).

Com base no Registro de Câncer por Base Populacional (RCBP), que utiliza o limite de 18 anos, como é preconizado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), observa-se uma predominância dos casos de leucemia, que pode chegar a 45% de todos os casos de tumores pediátricos, seguido de linfomas, com 25%. Em se tratando dos tumores considerados sólidos, os tumores do Sistema Nervoso Central são os mais incidentes e podem atingir a taxa de 22% de todas as neoplasias da infância, acometendo principalmente a faixa etária entre quatro e nove anos de idade. Em cerca de 50% dos casos, as crianças possuem até cinco anos de idade

ao diagnóstico. Porém 15% deles ocorrem em crianças com menos de dois anos de idade (BRASIL, 2008).

Diante desses pressupostos, a motivação pela temática “Câncer infantil” surgiu a partir de vivência acadêmica durante estágio prático da disciplina Enfermagem em Oncologia realizada em um hospital que atende pacientes com neoplasias em Campina Grande-PB. A partir desta experiência, observaram-se crianças com tumores cerebrais que realizavam tratamento radioterápico e quimioterápico e isso levou a necessidade de conhecer as características clínicas e sociodemográficas dessas crianças. Além disso, por ser uma temática pouco difundida no meio acadêmico, esta pesquisa poderá contribuir para a comunidade científica enriquecendo o banco de dados e despertando o interesse para o desenvolvimento de novos estudos neste âmbito. E é com base nesse caminhar que despertou o interesse de trabalhar essa monografia, buscando resposta para o questionamento: Qual a prevalência e características epidemiológicas e clínicas de tumores cerebrais em crianças e adolescentes em um hospital da região da Borborema paraibana?

Portanto com a realização deste estudo, muitos benefícios poderão ser obtidos a partir dos resultados encontrados, sobretudo no âmbito da enfermagem oncológica, pois desta forma poderão ser elaborados estratégias, políticas e programas de atenção integral a criança e ao adolescente com câncer, objetivando o estímulo a qualidade de vida durante o processo de saúde-doença e de morte e morrer.

Diante disto, o objetivo deste estudo é apresentar a prevalência e a caracterização do perfil clínico e sociodemográfico de crianças e adolescentes com tumor cerebral em um hospital da região da Borborema paraibana.



2. Referencial Teórico

2.1 Características das Neoplasias Cerebrais em Crianças e Adolescentes

Neoplasia Cerebral é uma lesão intracraniana que, geralmente, cresce como uma massa esférica, mas pode crescer difusamente e infiltrar os tecidos vizinhos. Os sintomas das neoplasias são causados dependendo desta infiltração nos tecidos e pela compressão dos mesmos, podendo ocasionar alterações fisiológicas tais como: hipertensão intracraniana; convulsão e hidrocefalia (SMELTZER et al.,2012).

Os tumores cerebrais se dividem em primários e secundários. Os primários se originam de células e estruturas localizadas dentro do cérebro, já os secundários ou metastáticos originam-se de estruturas fora do cérebro. As tumorações cerebrais, raramente, geram metástases em outros órgãos do corpo, porém lesões metastáticas ao cérebro ocorrem frequentemente (SMELTZER et al.,2012).

Contudo essas neoplasias cerebrais na infância podem ser entendidas como uma doença crônica não transmissível que atinge crianças e adolescentes, apresentando em comum o aparecimento de células modificadas que se multiplicam rápido e sucessivamente de forma desordenada no Sistema Nervoso Central comprometendo suas funções. Porém se diagnosticadas precocemente e tratadas adequadamente estas crianças e adolescentes apresentam uma perspectiva de cura de aproximadamente 80% (SILVA et al., 2013; MOREIRA; ANGELO, 2008).

A maioria destes tumores se localiza na fossa posterior, na região denominada infratentorial causando obstrução do líquido cerebroespinal gerando hidrocefalia, convulsões e anormalidades focais, devido ao aumento da pressão intracraniana (BRASIL, 2011).

Os tumores primários cerebrais são as neoplasias sólidas mais comuns da infância, apresentando 20% de todos os tumores infantis. Sua incidência tem aumentado nas últimas décadas, devido às melhorias dos métodos diagnósticos por imagem. A incidência estimada está entre 2,76 e 4,28 para 100.000 crianças por ano, entretanto poucos dados são disponíveis sobre a incidência destes tumores (MEKITARIAN FILHO; CARVALHO; CAVALHEIRO, 2012). Embora este número de casos novos de câncer infantil não seja elevado, representa um grande impacto para a população, por ter um comportamento agressivo e muitas vezes letal, apresentando a importância e relevância do tema na atualidade (SILVA et al., 2012).

A classificação destas neoplasias cerebrais depende da localização e da morfologia dos mesmos. A maioria origina-se de células da glia e de células embrionárias. Os principais tipos de neoplasias do SNC são: gliomas, que se subdividem em astrocitomas, oligodendrogliomas; ependimomas, meduloblastoma e craniofaringioma (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

De acordo com Sousa et al., (2012) e Ferreira (2012) glioma é um tumor raro do Sistema Nervoso Central, de acometimento pediátrico, que ocorre em 75% na primeira década de vida, sendo estes altamente agressivos. Os gliomas representam 50% de todos os tumores do SNC e 20% destes, em crianças, são malignos.

De acordo com os autores supracitados, astrocitomas são gliomas que se formam a partir dos tecidos que sustentam as células nervosas e correspondem a 54% dos tumores do SNC em infantes, representando 70 a 80% destas neoplasias. Os tipos de astrocitomas mais comuns são: pilocítico e fibrilar. O astrocinoma fibrilar é um subtipo de glioma difuso, já o poliocítico é o glioma mais comum nas duas primeiras décadas de vida. Os astrocitomas são classificados morfológicamente em graus I, II, III e IV. Os considerados de baixo grau são os de grau I e II, pilocítico e fibrilar, já os de grau III e IV são considerados altamente malignos e agressivos, sendo estes anaplásico e glioblastoma respectivamente.

Oligodendrogliomas é o segundo tipo mais comum de gliomas de baixo grau, tendo origem nas células que formam a substância adiposa que envolve e protege os nervos. Formam-se no encéfalo, apresentam um crescimento lento e dificilmente se disseminam para tecidos adjacentes do cérebro (CHIELA, 2011; FERREIRA, 2012).

De acordo com Ferreira (2012), ependimomas é o terceiro tumor mais frequente em crianças e adolescentes e tem origem nas células que revestem os ventrículos e o canal da medula, ocorrendo em todo o SNC.

Meduloblastoma é o tumor mais frequente em pediatria e é responsável por cerca de 12 a 25% das neoplasias que acometem esta faixa etária. Trata-se de um tumor neuroepitelial maligno altamente invasivo, podendo ultrapassar estruturas adjacentes, ou ainda, ser primário dos hemisférios cerebrais. É responsável por 10% das mortes em crianças menores de 15 anos e está localizado na fossa posterior, com média de incidência entre três e sete anos, sendo duas vezes mais comum no sexo masculino (ALMEIDA; SABATÉS, 2008; MARTINS; CORRÊA; PERES, 2011).

Segundo Silva et al., (2010) craniofaringioma, histologicamente, é considerado um tumor benigno, de crescimento lento, porém este invade o III ventrículo e comprime o hipotálamo, o que leva a destruição da hipófise ocasionando nanismo e deficiência ou ausência de maturação sexual nestas crianças. Apesar de sua natureza benigna, este tumor possui uma evolução clínica agressiva e seus principais sintomas são distúrbios visuais, hipertensão intracraniana e crise convulsiva. Este tipo de tumor representa cerca de 6 a 9% das neoplasias do SNC.

A principal forma de diagnóstico para os tumores cerebrais são os exames por imagem, havendo destaque para a ressonância magnética (RM). Contudo o procedimento convencional não está mais sendo preciso no diagnóstico diferencial, e novas técnicas mais avançadas estão sendo utilizadas, entre elas: espectroscopia, tensor de difusão (DTI)¹, os quais possibilitam informações referentes aos diagnósticos dos tumores, tipo de tratamento a ser utilizado, acompanhamento e prognóstico (ITAGIBA et al. 2010).

2.2 Tratamento das Neoplasias Cerebrais em Crianças e Adolescentes

As terapêuticas abordadas para estes tumores dependerão do tipo e da localização dos mesmos. As atuais opções de tratamento são: radioterapia, quimioterapia e cirurgia, que podem ser utilizados isoladamente ou em combinação. Outro tipo de terapêutica é a terapia farmacológica (ALMEIDA; SABATÉS, 2008, ITAGIBA, et. al., 2010, BONATO; ELNECAVE, 2011).

A radioterapia é uma modalidade de tratamento cada vez menos utilizada em crianças e adolescentes devido aos efeitos colaterais tardios no desenvolvimento orgânico, os quais necessitam de diagnóstico e intervenções (BONATO; ELNECAVE, 2011). Contudo segundo Bordallo, Ferreira e Bulzico (2011) a radioterapia é uma das principais formas de tratamento de escolha em caso de recidivas, no entanto, a modalidade estereotáxica é uma nova técnica que vem sendo utilizada no lugar da convencional, cuja função é administrar uma fração de alta dose de radiação direcionada a um volume tumoral bem definido radiograficamente e localizado com bastante precisão, obtendo assim uma maior exatidão na aplicação e maior proteção dos órgãos saudáveis.

A quimioterapia é outra forma de tratamento utilizada em casos de neoplasias, que pode ser associada ou não a outras modalidades terapêuticas. Este tratamento é realizado através de medicamentos quimioterápicos administrados em intervalos regulares, o protocolo para o uso destes dependerá da localização da neoplasia, do tipo morfológico, extensão da doença, idade e condições físicas do paciente (CICOGNA; NASCIMENTO; LIMA, 2010). Entretanto, de acordo com Martins, Corrêa e Peres (2011) a quimioterapia geralmente só é utilizada em crianças menores de três anos de idade portadoras de tumor de alto grau de

¹Tensor de Difusão é uma técnica de geração de imagens que trabalha com a mensuração das tendências do movimento aleatório das moléculas de água no interior dos tecidos.

malignidade, quando não é possível a utilização da radioterapia devido às complicações nesta faixa etária.

O tratamento cirúrgico é o mais estabelecido nos tumores de apresentação rara, no entanto, a cirurgia não tem papel decisivo nos tumores difusos intrínsecos e a biópsia nem sempre é considerada necessária, pois não altera o tratamento (CYRULNIK, 2008).

Segundo Itagiba et al., (2010), o maior desafio para a realização da cirurgia é identificar os níveis de infiltração dos tumores para que haja a retirada total, ou a máxima ressecção possível dos mesmos sem causar danos nos tecidos cerebrais que não foram afetados e o mínimo de dano neurológico possível ao paciente.

A cirurgia também permite uma avaliação histológica mais adequada, pois esta avalia-se toda a extensão do tumor. Havendo uma redução do efeito da massa com diminuição dos sintomas e melhoria da qualidade de vida, melhor tolerância à terapia adjuvante, redução da necessidade do uso de corticosteroides, possibilitando a utilização do material extraído para investigação e análise (BARBOSA, 2012).

Apesar da taxa de sobrevida das crianças com neoplasias cerebrais terem aumentado devido às várias formas de tratamento e ao aperfeiçoamento destas terapêuticas, houve o aumento da preocupação com a qualidade de vida destes infantes devido às complicações que podem surgir tanto da doença quanto do tratamento (OLIVEIRA; ALMEIDA; SILVA, 2010). Essas complicações podem surgir a partir das condições clínicas, da pré-disposição genética, dos tipos de tratamentos utilizados, da dose dos quimioterápicos, da intensidade e da região submetida à radiação (KUPERMAN et al., 2010).

De acordo com Oliveira, Almeida e Silva (2010) essas complicações podem acontecer em médio e longo prazo, apresentar-se de diferentes naturezas, comprometer o crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente, além de alterar as funções cardiopulmonares, endócrinas, renais, gastrointestinais e cognitivas. Segundo Kuperman et al., (2010) nos pacientes que recebem radioterapia, especialmente de crânio, o comprometimento é maior, pois atinge a região hipotálamo-hipofisária diminuindo a secreção do hormônio do crescimento, levando a alterações na puberdade precoce ou tardia. A obesidade também tem sido descrita como importante sequela tardia destes tratamentos oncológicos, principalmente naqueles que apresentam antecedentes de neoplasias do SNC.

Além das exposições aos procedimentos invasivos, estas crianças e adolescentes ainda passam por momentos estressantes, pois geralmente se encontram em um ambiente desconhecido, uma nova rotina, longe do convívio dos familiares e afastamento escolar, gerando uma ansiedade devido à hospitalização, o que acaba alterando as percepções,

emoções e compreensão destas crianças e adolescentes sobre suas vivências (MACHADO; OLIVEIRA, 2011).

Segundo Pinho et al., (2007) essas implicações psicossociais não envolvem somente as crianças e os adolescentes, mas também seus familiares. As inúmeras internações de tempo prolongado comprometem tanto a educação nesta fase escolar como as relações sociais com outras crianças, levando-as a se sentirem diferentes, acarretando um sentimento de isolamento.

De acordo com os autores supracitados, a criança e o adolescente devem ser vistos na sua totalidade, ou seja, através dos aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, que devem estar intrinsecamente associados, a fim de promover uma melhora na qualidade de vida das crianças e dos adolescentes. No entanto, a qualidade de vida dependerá de diversos fatores, tais como: aceitação da doença, gravidade, duração e natureza, condição socioeconômica, grau de informação dos familiares e relação com a equipe de saúde.

Portanto as ações terapêuticas do câncer não se restringem apenas ao diagnóstico e tratamento, mas também aos cuidados que são oferecidos no processo de adoecimento e de morte e morrer.

Neste sentido, vale ressaltar que cuidado paliativo é a abordagem para melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares quando esses são acometidos por doenças graves sem possibilidade de cura. Os cuidados paliativos são utilizados para o alívio da dor e de sintomas decorrentes do mal prognóstico da doença, assim como atenção especial para os aspectos psíquicos, sociais e espirituais (BRASILa, 2012).

Em relação ao tratamento farmacológico, este é utilizado para amenizar a dor das crianças com neoplasias, sendo um dos sintomas mais persistente. O controle da dor é considerado um princípio básico para uma melhor qualidade de vida, porém é de difícil administração em crianças devido à dificuldade em avaliar a dimensão e a intensidade dessa dor (MONTEIRO; RODRIGUES; PACHECO, 2012). Apesar desta dificuldade, os medicamentos mais administrados de acordo com a prescrição médica são: paracetamol, codeína e morfina (SILVA et al., 2013).

A dor trata-se de uma vivência subjetiva, geralmente, adquirida por experiências ao longo da vida, estando associadas a lesões reais ou potenciais dos tecidos, entretanto esta definição torna-se uma problemática para a faixa etária infantil, pois as crianças não têm experiências de eventos dolorosos tornando, muitas vezes, impossível o relato da dor que sentem (SILVA et al., 2011). Em relação à avaliação da dor, nas últimas décadas houve um grande impulso, principalmente, no que se refere aos recém-nascidos e lactentes. As escalas

são ferramentas para direcionar os cuidados adequados às crianças e adolescentes, portanto é necessário que toda a equipe multidisciplinar que atenda ao infante tenha conhecimento desta avaliação. Estas escalas devem ser específicas para cada faixa etária e devem associar as alterações comportamentais e fisiológicas (OLIVEIRA; BARBOSA, 2008).

A escala utilizada para avaliação da dor em crianças com idade inferior a três anos é a Escala Comportamental de FLACC, visto que estas são incapazes de verbalizar sua dor. Esta escala contém cinco categorias que se reportam às especificidades da expressão facial, linguagem corporal, atividade, choro e consolabilidade. É pontuada de zero a dois obtendo um resultado de uma pontuação que pode variar entre zero a 10 para cada criança.

Abaixo, segue a escala de dor de FLACC descrita no **Quadro 1**.

Quadro 1 – Escala de Dor FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) Recém nascidos e Lactentes			
CATEGORIAS/PONTUAÇÃO	00	01	02
Expressão Facial	Inexpressivos, sorrisos particulares	Desinteressado, ausente, amedrontados.	Tremor no queixo e rigidez na mandíbula
Choro	Sem choro (acordado ou dormindo).	Choraminga, queixa-se ocasionalmente.	Choro forte, queixa-se frequentemente.
Linguagem Corporal	Relaxada, descontraída.	Inquietos, agitados.	Agressivos, aos pontapés ou com membros esticados.
Atividade	Tranquilo, posição normal, move-se facilmente.	Inquieto, movimentação alterada.	Movimentos bruscos, rígidos, arqueados.
Cosolabilidade	Sem necessidade de consolo.	Consolável com toques, carícias e distração possível.	Difícil de consolar ou tranquilizar.

Fonte: OLIVEIRA; BARBOSA, (2008).

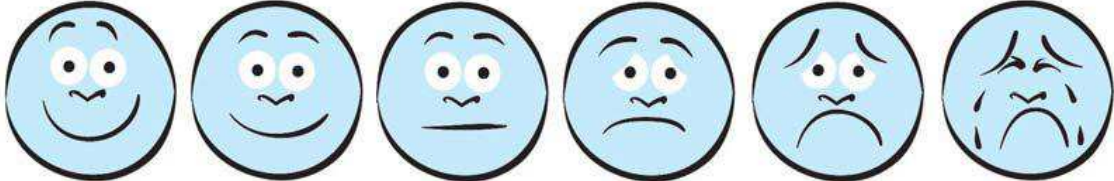
Os resultados podem ser atribuídos de acordo com a pontuação obtida. Fazendo a soma do total de pontos, observa os seguintes resultados, caso a pontuação seja zero, significa que a criança está confortável, sem dor; se a pontuação for de um a dois, apresenta um leve

desconforto; três significa dor moderada e quatro ou cinco significa que a criança está com muita dor (OLIVEIRA; BARBOSA, 2008).

Crianças e adolescentes em idade escolar possuem um desenvolvimento cognitivo maior, sendo capazes de verbalizar de modo mais preciso a intensidade da dor e sua característica, podendo ser aplicada a Escala de Faces de Wong-Baker. Esta avalia a intensidade da dor pela apresentação de seis faces com expressão de dor em uma graduação crescente, apresentando variação na pontuação entre zero a cinco (LINHARES; DOCA, 2010; OLIVEIRA; BARBOSA, 2008).

No **Quadro 2**, que segue logo adiante, esquematiza-se a Escala de Faces.

Quadro 2 – Escala de Faces Wong Baker



0 Sem dor	1 Dor leve	2 Dor leve	3 Dor moderada	4 Dor forte	5 Dor insuportável
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------	------------------------------	-------------------------------------

Fonte: OLIVEIRA; BARBOSA, (2008).

A intervenção farmacológica é o principal tratamento para dor, principalmente em crianças com neoplasias. Esta utilização dá-se em forma de cuidados paliativos quando a criança submete-se a tratamentos quimioterápicos e radioterápicos, para que estas não apresentem dor ao iniciar o procedimento. A administração dos analgésicos deve ser realizada o mais precocemente possível, a fim de permitir que o infante relaxe e não tenha medo de reiniciar a terapêutica (MOTA, 2011).

Segundo o autor acima referenciado a utilização destes medicamentos deve obedecer à escada analgésica da dor proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual orienta sobre a escolha do tratamento farmacológico para a dor. A escada é composta por três classes de analgésicos (não opióides, opióides fracos e opióides fortes), que podem ser utilizados isolados ou em combinação, no entanto estes devem ser utilizados em ordem crescente de acordo com a intensidade e o tipo de dor.

De acordo com Chiba (2008), o segundo sintoma mais prevalente em crianças e adolescentes com neoplasias é o vômito, que geralmente ocorre pela manhã e indicam tumores maiores, podendo vir acompanhado de náuseas ou não. A avaliação destes sintomas ocorre em quatro etapas: a primeira é determinar a intensidade, o início, duração e a

frequência destes vômitos, além da quantidade e se houve melhora ou piora do quadro; já a segunda etapa corresponde a anamnese do paciente para saber histórico de vida, se já houve quadros parecidos, como também hábitos alimentares. A terceira remete-se ao exame físico para excluir obstrução intestinal; a quarta e última etapa é a realização de estudos diagnósticos como a avaliação de exames laboratoriais das enzimas renais e hepáticas.

De acordo com Silva et al., (2010), a terapia medicamentosa muitas vezes utilizada para a dor, também pode provocar esses sintomas, e um esclarecimento prévio aos pacientes sobre estas possíveis complicações, assim como orientações dietoterápicas auxiliam na ingestão alimentar e seu controle. Outra forma de minimizá-los é a realização do rodízio destes medicamentos.

De acordo com as autoras supracitadas, a alimentação é importante tanto no papel social, fisiológico como espiritual dos pacientes, e devido a sintomas como náuseas e vômitos causados pelos analgésicos, tratamento quimioterápico e radioterápico muitas vezes estes pacientes se privam de se alimentar ocasionando um distanciamento e isolamento familiar. O objetivo da terapêutica nutricional em cuidados paliativos é minimizar o desconforto causado pelos medicamentos, priorizar o prazer pela alimentação e socializar os pacientes com seus familiares durante as refeições.

Outro método utilizado para minimizar estes sintomas é a sedação paliativa dos pacientes, que só deve ser utilizada nos casos em que todos os outros métodos terapêuticos foram empregados, porém não obtiveram sucesso. Neste tipo de sedação, os pacientes permanecem sedados até que estes sintomas melhorem, diminuam ou que ocorra até mesmo o processo de morte morrer dos pacientes (CHIBA, 2008).



3. Percurso Metodológico

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa documental, retrospectiva, descritiva realizada por meio de dados secundários.

Segundo Gil, (2008), a pesquisa documental refere-se ao estudo realizado em materiais aos quais ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Já na pesquisa retrospectiva estudam-se fatos passados, podendo o pesquisador marcar uma característica do passado e conduzir a pesquisa até o momento atual (FONTELLES et al., 2009).

A pesquisa descritiva objetiva a definição das principais características de uma determinada população ou acontecimento ou o estabelecimento de relações entre as variáveis, nesta pesquisa é utilizada técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática, assumindo em geral a forma de levantamento de dados (KLEINSCHMITT, 2011). Já dados secundários de acordo com Marconi e Lakatos (2007) são fontes de dados que possibilitam a resolução de problemas já conhecidos por outros pesquisadores e que apenas auxiliam o pesquisador, este tira o máximo proveito possível do material, explorando outras áreas onde os problemas não se cristalizaram suficientemente.

3.2 Local da Pesquisa

A pesquisa se desenvolveu no setor de oncologia pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro localizado na cidade de Campina Grande/PB, o qual é referência no tratamento a crianças e adolescentes com câncer.

O HUAC foi criado no ano de 1950 como Hospital Regional Alcides Carneiro, agregando-se a Universidade Federal de Campina Grande no ano de 1998, quando passou a se chamar Hospital Universitário Alcides Carneiro, e começou a fazer parte do ensino desta instituição através do campo de estágio e especializações das ciências médicas (BRASILb, 2012). Hoje o hospital é composto por cinco alas (clínica, pneumologia, endocrinologia, infectologia e cirúrgica) além de centro cirúrgico, pediatria, oncologia pediátrica, UTI adulto e infantil, também oferece serviços ambulatoriais, de apoio, diagnóstico e tratamento. Realização de eletrocardiograma, ecocardiograma, sala específica para troca de cateterismo vesical, pequenas cirurgias, entre outros. Sendo considerado um Hospital de referência no tratamento de várias doenças, inclusive do câncer infantil.

A ala de oncologia pediátrica do hospital foi criada no ano de 2007, e desde então se tornou referência para o tratamento dessas crianças e adolescentes, o setor conta com uma ampla área para triagem, diagnóstico, tratamentos clínicos e cirúrgicos, quimioterapia e UTI, os casos que necessitam do uso da radioterapia são realizados em parceria com o hospital da FAP (Fundação Assistencial da Paraíba).

3.3 População e Amostra

População ou universo é um conjunto de elementos que apresentam uma determinada característica, geralmente dá-se o nome de população a um determinado número de habitantes que ocupam um determinado lugar (KLEINSCHMITT, 2011).

A população definida para a pesquisa foram prontuários clínicos de crianças e adolescentes com neoplasias cerebrais do referido hospital. Segundo Gil (2008) a amostra representa uma pequena parte dos elementos que compõe o universo ou população, quando um autor escolhe uma amostra, espera que esta represente a população do estudo.

Diante disto, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: prontuários que apresentaram dados clínicos e epidemiológicos de crianças e adolescentes, com diagnóstico médico de tumor cerebral, considerando o período de 2008 a 2013, esse período foi delimitado devido o setor de oncologia do referido hospital ter sido criado no ano de 2007. E como critério de exclusão: prontuários de crianças e adolescentes que apresentaram diagnóstico médico de outra neoplasia com metástase cerebral; e diagnósticos ilegíveis.

Nesta perspectiva, a população foi de 74 prontuários e a amostra foi constituída por 14 prontuários que estavam entre os critérios de inclusão e exclusão.

3.4 Instrumento da Pesquisa

Instrumento da pesquisa é a forma como será realizada a coleta de dados. Nesse sentido, esta pesquisa foi realizada por meio de um questionário, que de acordo com Gil (2008) trata-se de uma investigação composta por questões para obtenção de informações sobre conhecimentos, expectativas, aspirações, entre outros. O qual contemplou questões objetivas acerca da caracterização clínica e epidemiológica de crianças e adolescentes com tumor cerebral atendidas no referido hospital (APÊNDICE B).

3.5 Coleta de Dados

A coleta de dados de acordo com Moretti (2008) é uma etapa importantíssima da pesquisa devendo ser realizada de maneira lógica para facilitar o desenvolvimento da mesma e bem planejada para obtenção de resultados úteis e fidedignos, não devendo ser confundido com a pesquisa propriamente dita, pois esses dados ainda serão analisados, representados graficamente e interpretados para que só assim seja realizada a discussão da pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada no mês de janeiro de 2014, através de um questionário, o qual apresentava questões pertinentes ao objetivo da pesquisa (APÊNDICE B).

Para a realização da coleta de dados, primeiramente fizemos o cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página Eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), depois solicitamos a autorização desta pesquisa através de um requerimento, o Termo de Anuência Institucional a Diretora Geral do HUAC (ANEXO A), para a utilização dos prontuários de crianças e adolescentes do setor de Oncologia, com sua devida assinatura. Em seguida submetemos a Folha de Rosto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para autorização da pesquisa.

Após aprovação do CEP do Hospital Universitário Alcides Carneiro/Universidade Federal de Campina Grande sob número do parecer: 530.944. Foi realizada a coleta dos dados no mês de janeiro de 2014.

Inicialmente, a pesquisadora procurou o setor de Oncologia do referido hospital e explicou o estudo e o objetivo do mesmo, em seguida realizou a coleta através de dados secundários, por meio de um questionário (APÊNDICE B), no qual observou 74 prontuários, contudo apenas 14 se adequavam aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Os dados foram obtidos na evolução de enfermagem e nas evoluções médicas. Seguido da análise dos dados.

3.6 Análise de Dados

A análise dos dados tem como objetivo organizar os dados coletados de forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto pela pesquisa, já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas fazendo uma ligação com conhecimentos previamente obtidos (GIL, 2008).

Os dados coletados foram selecionados, organizados e agrupados na forma de gráficos através do programa *Microsoft Excel 2007*, com distribuição na forma de frequência relativa e percentual e posteriormente analisados de acordo com a literatura pertinente.

3.7 Considerações Éticas

O posicionamento ético das pesquisadoras em relação ao desenvolvimento da pesquisa obedeceu às recomendações éticas dispostas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país, bem como da garantia do anonimato dos pacientes e o sigilo dos dados confidenciais. Vale ressaltar que foram respeitadas as observações éticas presentes no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), capítulo III, das responsabilidades, deveres e proibições referentes ao ensino, pesquisa e produção técnico-científica. Esta pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer de nº 530.944, e posteriormente, com assinatura do Termo de Anuência da diretora do referido hospital escolhido para coleta de dados (APÊNDICE A).



4. Resultados e Discussão

Para uma melhor apresentação dos resultados, os dados foram dispostos em gráficos. Dentre os pacientes atendidos no HUAC com diagnóstico de câncer entre os anos de 2008 a 2013, na faixa etária de um a 18 anos de idade foram observados 74 prontuários, porém, conforme os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa especificados na metodologia foram selecionados e analisados 14 prontuários de crianças e adolescentes com diagnóstico de câncer do SNC.

Dos dados extraídos dos 14 prontuários selecionados foi possível destacar em relação à data do diagnóstico de neoplasia do sistema nervoso central, os seguintes resultados: em 2008 houve um (7,1%) diagnóstico; em 2009 verificaram-se três (21,5%); em 2010 novamente um (7,1%); 2011 e 2012 foram os anos com o maior número de diagnósticos; ambos com quatro (28,6%) e em 2013, constatou-se um (7,1%) caso deste tipo de diagnóstico nos prontuários analisados (GRÁFICO I).

No que se refere ao gênero das crianças e adolescentes incluídos nos prontuários estudados, cinco (35,7%) eram do sexo masculino e nove (64,3%) do sexo feminino. Em relação à faixa etária entre um a 11 anos verificou-se 10 casos, 71,4% e entre 12 a 18 anos foram diagnosticados quatro (28,6%) casos (GRÁFICO II).

Em relação ao tipo de neoplasia do SNC, os resultados obtidos foram: gliomas representaram cinco (35,8%) casos, meduloblastoma, quatro (28,6%), ependimomas e craniofaringiomas, ambos um caso cada e três (21,4%) não especificaram o tipo do tumor do SNC.

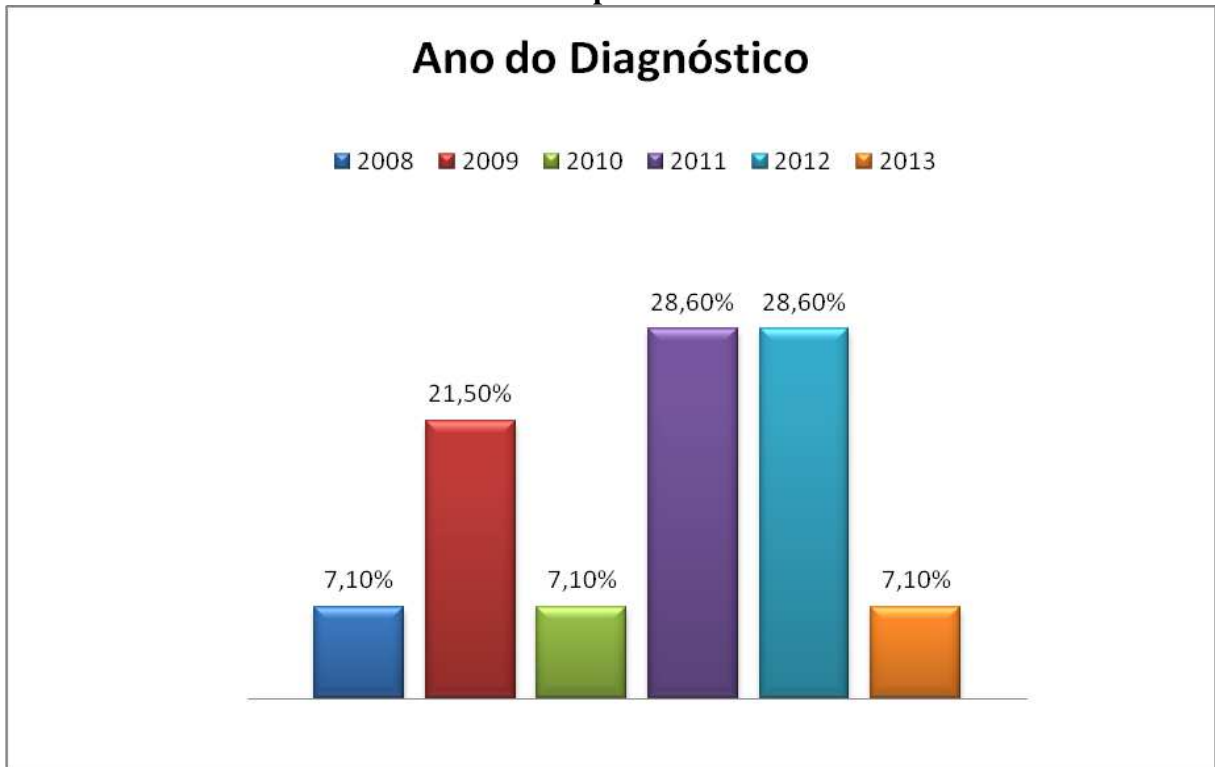
No tocante aos sintomas mais prevalentes nas crianças e adolescentes observou-se que 14,4% apresentaram dor; 7,1% tiveram náusea; a mesma porcentagem dos que apresentaram convulsões; em 14,4% verificou-se náusea e vômito; em 7,1% observou-se dor e vômito; 14,4% tiveram náusea, dor e vômito concomitantemente; 7,1% apresentaram náusea, vômito e convulsão; e em 28,6% verificou-se dor, náusea, vômito e convulsão (GRÁFICO IV).

De acordo com o esquema terapêutico utilizado, foram encontrados os seguintes dados: apenas um (7,1%) fez uso exclusivo de quimioterapia; três foram submetidos à cirurgia (21,4%), dois dos casos foram contemplados com cuidados paliativos (14,4%), quatro (28,6%) fizeram uso concomitante de quimioterapia, radioterapia e cirurgia, três (21,4%) fizeram quimioterapia e radioterapia associadas e apenas um (7,1%) utilizou quimioterapia e cirurgia contíguos (GRÁFICO V).

Das 14 crianças e adolescentes atendidos no referido hospital durante o período delimitado, quatro (28,6 %) foram a óbito (GRÁFICO VI).

O gráfico I representa a distribuição da incidência de crianças e adolescentes com neoplasias do SNC atendidos no HUAC durante os anos de 2008 a 2013. Foi observado uma maior incidência nos anos de 2011 e 2012 ambos com quatro casos, equivalente a 28,6%.

Gráfico I – Distribuição da Data de Diagnósticos de Neoplasia do SNC em Crianças e Adolescentes Atendidos no HUAC em Campina Grande no Período de 2008 a 2013.

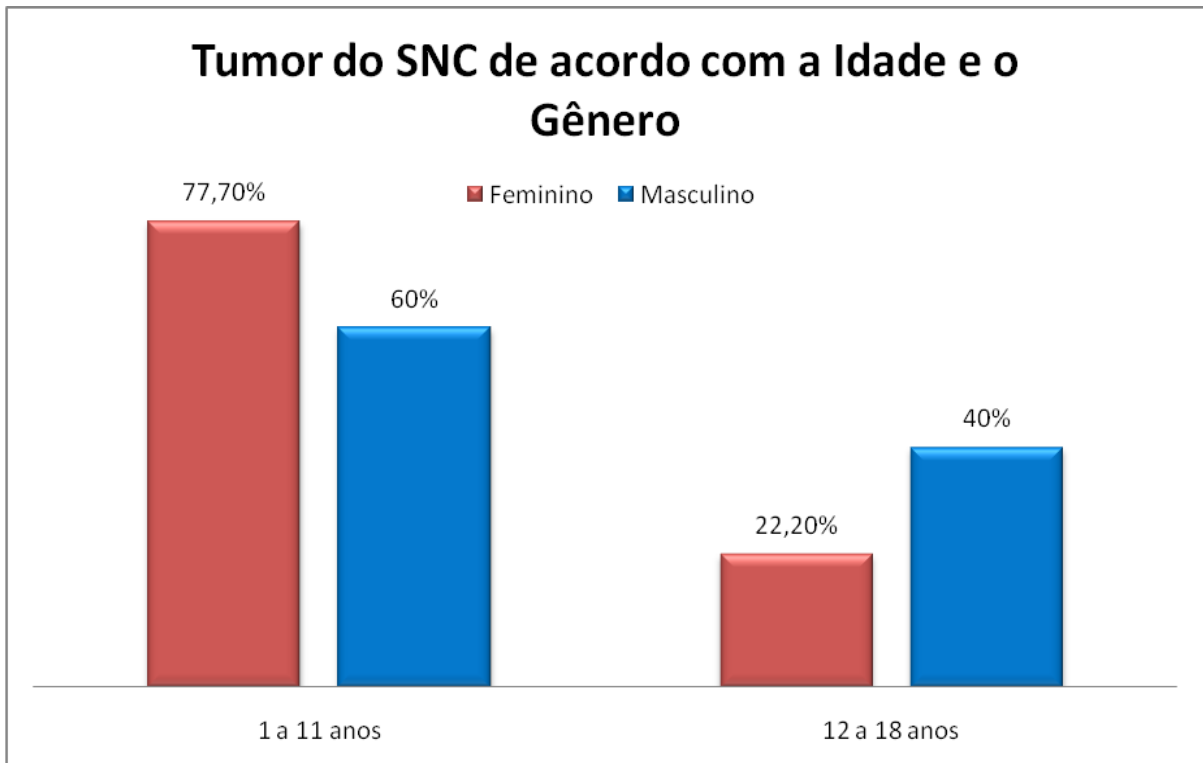


Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A pesquisa demonstrou uma incidência maior entre os anos de 2011 e 2012 com 28,6% cada, seguido do ano de 2009 com 21,5% e os anos de 2008, 2010 e 2013 com 7,1% dos casos analisados nos prontuários.

O aumento da incidência de novos casos nestes últimos anos deve-se ao avanço das técnicas de diagnóstico por imagem, possibilitando o aumento de sobrevida destes pacientes. Nas últimas décadas, estudos relacionados às neoplasias no SNC em crianças e adolescentes, possibilitaram um avanço no entendimento do comportamento do tumor, para uso da melhor forma de terapêutica, aumentando assim a sobrevida destes jovens, apesar de todos esses avanços no tratamento ainda existem muitos dados controversos em relação a estes tumores (MARTINS; CORRÊA; PERES, 2011).

Gráfico II – Distribuição da Idade e Gênero das Crianças e Adolescentes Atendidos no HUAC durante o Período de 2008 a 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

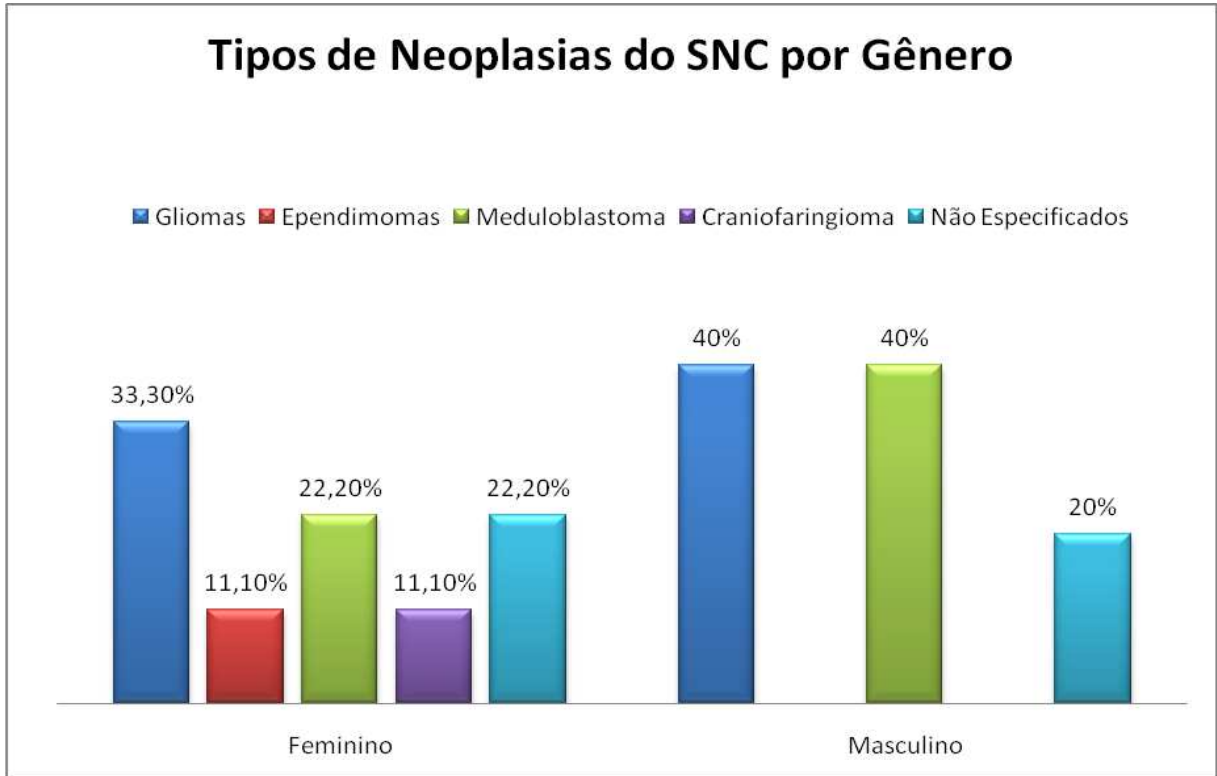
Durante o período delimitado, 2008 a 2013, foram encontrados nove (64,3%) casos do sexo feminino e cinco (35,7%) do sexo masculino. Este achado contradiz a literatura, pois, Serafim, Vilanova e Silva (2001) e Araújo et. al., (2011) afirmam uma incidência maior entre os meninos em relação às meninas em se tratando do tumor cerebral.

Em um estudo realizado por Araújo et al., (2011) o qual analisou 103 prontuários de pacientes com diagnóstico de tumor cerebral em crianças e adolescentes, entre os anos de 2000 a 2006, obteve uma maior incidência entre a faixa etária de sete a nove anos de idade, estando este dado de acordo com a presente pesquisa, onde a maior porcentagem (77,7%) do sexo feminino e (60%) do sexo masculino foram entre a faixa etária de um a 11 anos. Entretanto, a literatura afirma uma predominância maior entre o sexo masculino, o que discorda da atual pesquisa.

Na maioria dos trabalhos realizados em boa parte do mundo observa-se uma leve predominância do sexo masculino em relação ao feminino (RAASCHOU-NIELSEN et al., 2006). No Brasil também houve uma maior porcentagem em relação ao sexo masculino com diagnóstico de tumor cerebral nos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP). Nas cidades de São Paulo-SP, Porto Alegre-RS, Recife-PE e Salvador-BA entre os anos de 1991 a 2001 (REIS; SANTOS; THULER, 2007).

O gráfico III traz a distribuição dos principais tipos de neoplasias do SNC observados nas crianças e adolescentes que foram atendidos no HUAC no período de 2008 a 2013.

Gráfico III – Distribuição dos Tipos de Neoplasias do SNC de Acordo com o Gênero de Crianças e Adolescentes Atendidos no HUAC em Campina Grande no Período de 2008 a 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014

Nesta pesquisa, as neoplasias do SNC mais prevalentes foram os gliomas, principalmente os astrocitomas pilocítico com 33,3% dos casos no sexo feminino e 40% masculino, seguido pelo meduloblastoma com 22,2% nas meninas e 40% nos meninos. Os ependimomas e os craniofaringiomas, ambos, apresentaram 11,1% no sexo feminino, não sendo encontrado nenhum caso destes tumores no sexo masculino e os tumores que não foram especificados representaram 22,2% entre as meninas e 20% nos meninos de todos os casos analisados. Esses achados corroboram com o estudo realizado por Presti et al., (2012) no qual os subtipos mais prevalentes dos tumores do SNC foram os gliomas (astrocitomas) com 38,8%, meduloblastoma com 15,8%, seguido pelos craniofaringiomas com 15,1% e outros subtipos com 11,5 % dos casos estudados. Porém, os autores afirmam que foram encontrados, na maioria dos diagnósticos, uma prevalência no sexo masculino com 61,8% dos casos com tumor do SNC, o que difere do atual estudo, onde a maior porcentagem foi encontrada entre o sexo feminino.

Araujo et al., (2011) em sua pesquisa encontraram uma maior porcentagem entre os gliomas com cerca de 56% da sua análise, seguido pelo meduloblastoma com 38% e os ependimomas representaram cerca de 7,8% dos casos, estando estes dados de acordo com a referida pesquisa. Já Cariello et al., (2010) observaram entre os tumores do SNC que 22,2% dos casos foram diagnosticados como gliomas, sendo este o mais frequente em sua pesquisa, seguido pelos ependimomas e meduloblastoma ambos com 19,4% dos casos.

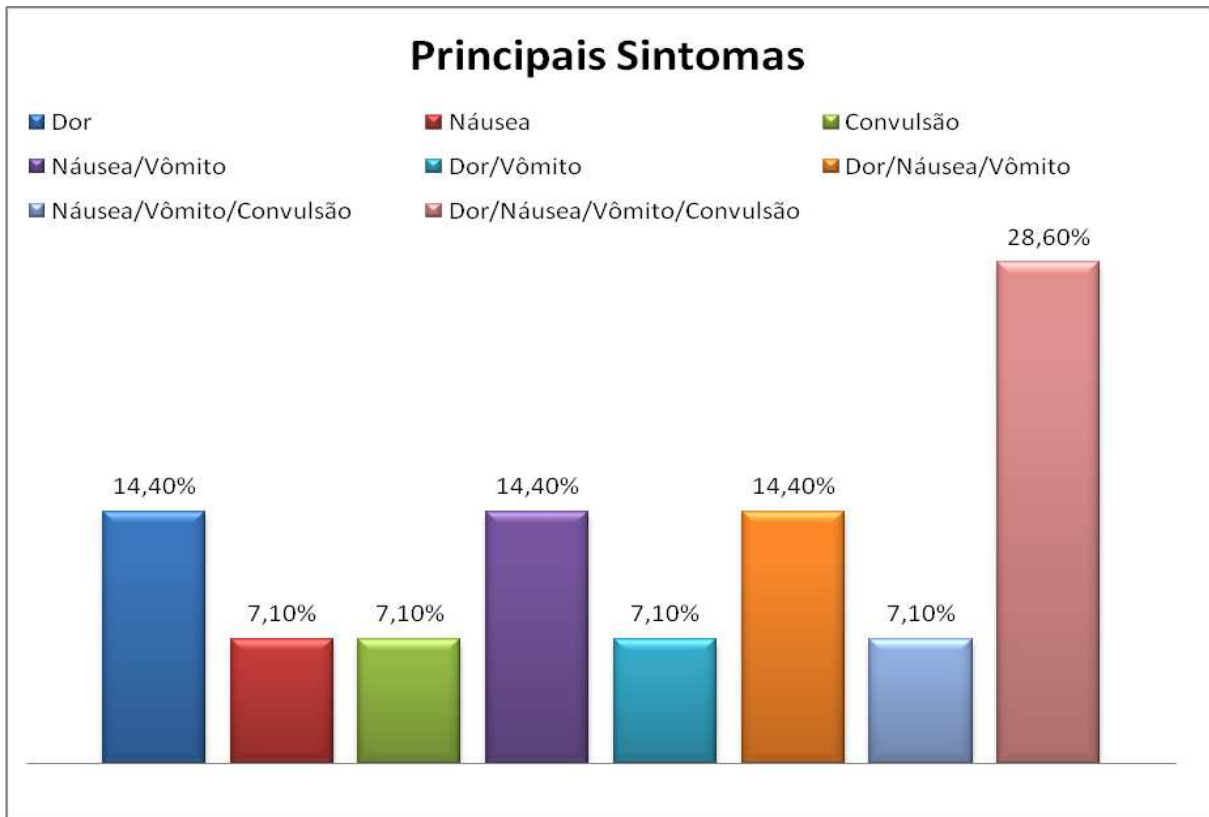
Conforme Serafim, Vilanova e Silva (2001) os tumores mais prevalentes em menores de 15 anos são os gliomas e os meduloblastomas. Em sua pesquisa, encontraram os seguintes dados, de acordo com o tipo histológico das neoplasias: 30% dos casos foram meduloblastomas; 27,1% gliomas; 4,3% ependimomas; 1,4% craniofaringiomas e 37,2% outros subtipos de neoplasias.

Os gliomas são os tumores cerebrais malignos mais comuns e correspondem cerca de 70% das neoplasias do SNC, sendo os astrocitomas os mais prevalentes ocorrendo sua maioria no sexo masculino do que no sexo feminino (BARBOSA, 2012). Sousa et al. (2012) também afirmam que os gliomas são os tumores mais frequentes do SNC apresentando cerca de 50 a 60% dos tumores primários do SNC, sendo o astrocitoma responsável por 75% dos gliomas.

Entretanto, segundo Martins, Corrêa e Peres (2011) e Reis, Ferreira e Carvalho (2013) os meduloblastomas são os tumores cerebrais mais prevalentes na infância responsáveis por 12 a 25% dos diagnósticos de todas as neoplasias intracranianas, sendo estes os casos de tumores encefálicos e com até 40% dos casos de tumores de fossa posterior em menores de 18 anos, apresentando maior prevalência entre o sexo masculino. É responsável por quase 10% dos óbitos relacionados aos tumores cerebrais em menores de 15 anos, devido ao seu alto grau de invasão.

O Gráfico IV representa a distribuição dos principais sintomas que acometeram as crianças e os adolescentes entre os anos de 2008 a 2013.

Gráfico IV – Distribuição dos Principais Sintomas Acometidos por Crianças e Adolescentes Atendidas no HUAC entre os Anos de 2008 a 2013.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Em relação aos principais sintomas apresentados pelas crianças e adolescentes, 14,4% apresentaram exclusivamente dor; os que apresentaram unicamente náuseas foram 7,1%; a mesma porcentagem dos que apresentaram convulsões; em 14,4% observou-se náuseas e vômitos concomitantemente; em 7,1% verificou-se dor e vômito; 14,4% apresentaram dor, náusea e vômito; 7,1% tiveram náusea, vômito e convulsão; e em 28,6% a maior porcentagem dos dados analisados verificou-se dor, náuseas, vômito e convulsão. Esses sintomas podem estar relacionados com o próprio tumor ou em resposta ao regime terapêutico, pelos quais os pacientes eram submetidos. De acordo com Dias e Almeida (2008) as manifestações clínicas estão relacionadas com a localização do tumor, porém as principais manifestações são: cefaléia; vômitos; convulsões; rebaixamento do nível de consciência; e em muitos casos hipertensão intracraniana, devido à compressão que o tumor exerce no cérebro.

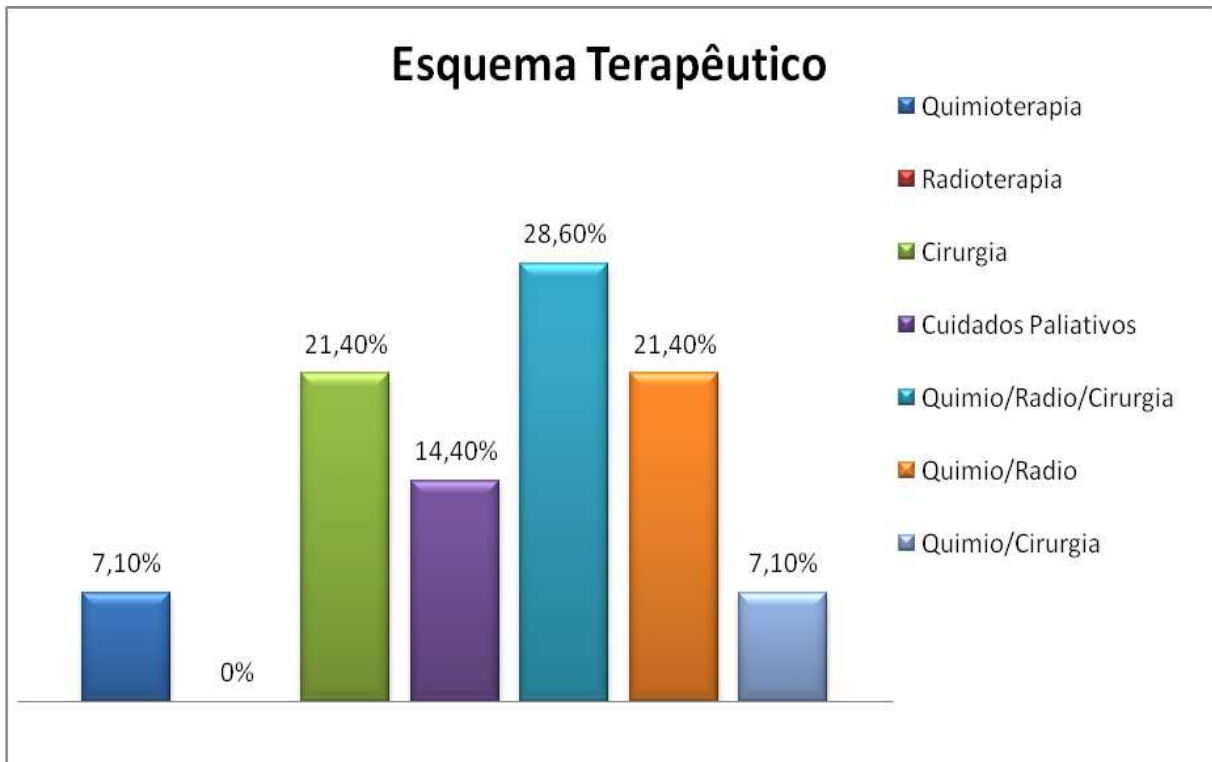
Esses achados corroboram com a literatura, pois de acordo com Sime, Shishido e Santos (2011) os sintomas mais prevalentes em sua pesquisa foi dor com 17 relatos dos casos; vômitos com sete relatos; alterações visuais com sete e convulsões com quatro relatos dos casos estudados.

No estudo realizado por Rondinelli, Osório e Lopes (2005) os principais sintomas apresentados foram cefaleia com 10 dos 14 casos estudados; vômitos com seis dos 14 casos e em um dos casos apresentou distúrbios visuais. Na atual pesquisa, os casos de distúrbios visuais foram irrelevantes em comparação com os demais sintomas.

Crianças e adolescentes com diagnóstico de tumor do SNC apresentam como achado principal a hipertensão intracraniana, cefaléia, vômitos, irritabilidade, perda da aquisição motora, ataxia axial, oftalmoparesia, entre outros sintos. Estes sintomas dependerão do tipo de tumor cerebral e da sua localização (REIS; FERREIRA; CARVALHO, 2013).

O gráfico V trás a distribuição dos esquemas terapêuticos realizados pelas crianças e adolescentes atendidos do Hospital Universitário Alcides Carneiro.

Gráfico V – Distribuição do Esquema Terapêutico Realizado pelas Crianças e Adolescentes Atendidos no HUAC entre os Anos de 2008 a 2013.



Fonte: Dados da pesquisa 2014.

O esquema terapêutico do câncer infantil tem como objetivo buscar o maior número de curas possíveis, reduzindo a magnitude destes tumores, como também minimizar as sequelas tardias que podem surgir devido aos tratamentos intensivos realizados. Esta terapêutica é baseada em fatores clínicos como idade do paciente, tipo de neoplasia, extensão do tumor e se há disseminação do mesmo (MARTINS; CORRÊA; PERES, 2011).

De acordo com este estudo foram observados, um (7,1%) dos casos faziam uso exclusivo de quimioterapia; nenhum paciente do estudo fez uso exclusivo de radioterapia; três (21,4%) foram submetidos à cirurgia em algum momento do tratamento; dois (14,4%) foram contemplados com cuidados paliativos; quatro (28,6%) foram submetidos a quimioterapia, radioterapia e cirurgia, três (21,4%) quimioterapia e radioterapia; e um (7,1%) utilizaram quimioterapia e cirurgia, estes podendo ter sido submetidos a realização destes procedimentos no mesmo período ou em períodos diferentes, porém realizados pelo mesmo paciente.

As modalidades de tratamento para esses tumores são basicamente três, dentre as quais a cirurgia apresenta a principal forma de tratamento; a radioterapia é utilizada nos casos em que somente a cirurgia não é o suficiente, ou nos casos em que a cirurgia não é possível, já a quimioterapia já está bem estabelecida e é recomendada como tratamento adjuvante (ARAÚJO et. al., 2011).

Segundo Reis, Ferreira, Carvalho (2013), o tratamento inicial consiste na ressecção total do tumor procurando manter ao máximo a integridade das funções neurológicas dos pacientes. Esses tratamentos têm modificado a expectativa de vida destes jovens, pois as taxas de sobrevivência tiveram um aumento de 20% na década de 60 para 80% nas últimas décadas atualmente, uma criança com tumor do SNC com idade maior que três anos recebendo o tratamento especializado e adequado, ou seja, ressecção total do tumor associada às novas técnicas de radioterapia com o uso de quimioterapia adjuvante, tem um aumento na sobrevivência de 80% em cinco anos, ou até mesmo curar-se da doença. Os dados deste estudo estão de acordo com a pesquisa, pois 28,6% dos pacientes estudados fizeram uso concomitante das três terapêuticas.

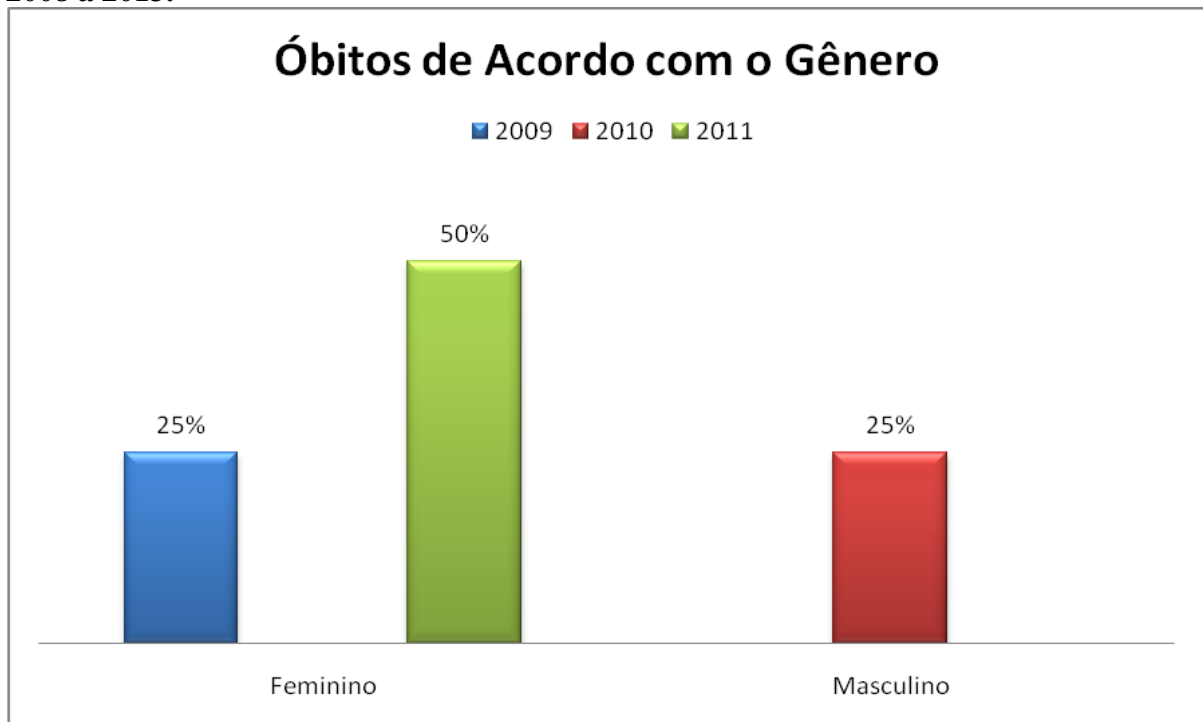
Já em relação aos cuidados paliativos Costa, Ceolim (2010) definem esses cuidados como uma melhoria da qualidade de vida, alívio da dor e outros sintomas, como também apoio as necessidade espirituais, psicossociais da criança, do adolescente e seus familiares, visto que todos necessitam deste tratamento durante o internamento e no processo de morte e morrer. Entretanto, neste presente estudo só foram encontrados dois (14,4%) dos prontuários que foram contemplados com cuidados paliativos como terapêutica, porém não foram especificados quais eram os tipos ofertados a essas crianças e adolescentes, e se estes também eram abrangentes aos familiares. Observou-se que essa terapêutica foi direcionada as crianças que foram a óbito.

Neste ínterim é importante que este cuidado seja inserido no referido hospital, proporcionando um atendimento mais humanizado a essas crianças, adolescentes e seus familiares, com uma melhor qualidade de vida no processo de morte, morrer e luto aos jovens

que não respondem mais a terapêutica curativa. Sendo necessário o registro desses cuidados no prontuário, como estão sendo realizados, quais os tipos, e se estes também são direcionados aos familiares e de que forma. Facilitando assim o entendimento de todos os profissionais sobre os procedimentos que estão sendo adotados em relação a esses cuidados paliativos. Sendo esta uma forma de incentivar a equipe de saúde a utilizar esses cuidados, devido à possibilidade de observação na melhora da qualidade de vida destes jovens e seus familiares.

O Gráfico a seguir apresenta a distribuição dos óbitos de crianças e adolescentes com tumor cerebral em relação ao gênero dos casos atendidos no HUAC.

Gráfico VI – Distribuição de Óbitos de Crianças e Adolescentes com Tumor Cerebral de acordo com o Gênero Atendidos no HUAC em Campina Grande durante os Anos de 2008 a 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Neste estudo observou-se uma taxa em relação aos óbitos de 28,6% do total dos prontuários estudados, o que equivale a quatro prontuários. Vale ressaltar que muitos dos óbitos ocorridos nesse período não foram cadastrados no sistema do referido hospital devido aos procedimentos burocráticos em relação a essa notificação e algumas informações incompletas.

De acordo com Gasparini, Monteiro e Koifman (2013), em 2009 os óbitos causados por tumor do SNC representaram cerca de 20% dos óbitos no país. No estudo realizado no

município do Rio de Janeiro - RJ, o índice de óbitos ocorridos entre os anos de 1980 a 2009 representou cerca de 23% das neoplasias em menores de 20 anos, apresentando predominância em menores de nove anos, o que corrobora com a presente pesquisa, a qual apresentou todos os óbitos em menores de 11 anos de idade. Porém, nesta pesquisa verificou-se uma taxa maior entre o sexo feminino com 75% dos óbitos, havendo uma discordância no estudo referido pelos autores supracitados, onde a prevalência maior foi entre o sexo masculino.

Esta mortalidade ocorre principalmente entre essa faixa etária, ou seja, menores de 11 anos de idade, devido à falta de maturidade no cérebro das crianças, tornando-as mais vulneráveis que os adultos (BERNABEU et al., 2009). Estas neoplasias do SNC são as que apresentam uma taxa de morbidade e mortalidade em torno de 40% de todas as neoplasias que acometem a faixa etária pediátrica (RAMOS; RODRIGUES; BRANDI, 2012).

Na literatura, a taxa de mortalidade e a incidência das neoplasias ocorrem em maior número entre o sexo masculino em relação ao feminino (RANGEL et al., 2013), o que contradiz com o atual estudo, pois observou-se uma incidência e taxa de mortalidade maiores entre as meninas.

Segundo Martins, Corrêa, Peres (2011) os tumores cerebrais têm maior probabilidade de levar ao óbito (45%) do que as leucemias e os tumores sólidos que atingem as crianças e os adolescentes, representando a terceira causa de morte nos Estados Unidos. Além de representarem este alto índice de mortalidade são, também, responsáveis pelo aumento da morbidade devido às sequelas decorrentes tanto da neoplasia quanto do tratamento necessário ao quais essas crianças são submetidas.

Contudo os tumores do SNC constituem a primeira causa de morte por doença em crianças e adolescentes entre a faixa etária de um a 19 anos. Essa elevada taxa de mortalidade está relacionada com as características agressivas que estes tumores possuem, os quais possuem períodos de latência curtos. No entanto estes tipos de neoplasias apresentam boa resposta aos tratamentos, aumentando assim a expectativa de vida destes jovens. Nesse sentido, vale ressaltar que o sucesso terapêutico está relacionado com diagnóstico precoce e a precisão do tratamento a ser realizado (MARCHI et al., 2013).

A diminuição das taxas de óbitos nos últimos anos vem sendo descrita em vários países, isso devido ao avanço nas formas de diagnósticos precoce como também as técnicas de tratamento especializadas, no entanto as informações relativas à evolução da mortalidade desses tumores em crianças e adolescentes, na literatura brasileira, são escassas. (GASPARINI; MONTEIRO; KOIFMAN, 2013).



5. Considerações Finais

Nesta conjuntura, os dados obtidos nesta pesquisa apontam os tumores cerebrais como à segunda neoplasia mais prevalente entre crianças e adolescentes, onde os gliomas foram o subtipo mais encontrado, como é reportado na literatura. Porém, a maior incidência foi entre o sexo feminino e em menores de 11 anos. Os principais sintomas encontrados foram dor, náuseas, vômitos e convulsões, o que corrobora com a literatura pertinente.

As modalidades terapêuticas prioritárias foram cirurgia, radioterapia e quimioterapia utilizadas concomitantemente. Os cuidados paliativos foram encontrados em poucos casos, nesse sentido é necessário que os profissionais tenham um conhecimento maior dos benefícios desta nova forma de cuidar para que possa ser implementado no referido hospital, tanto entre os jovens como também com seus familiares.

Em relação ao número de óbitos, foram encontrados quatro (28,6%) óbitos em crianças menores de 11 anos com neoplasia do SNC dos 14 prontuários analisados; uma porcentagem relativamente pequena visto que na literatura, estas neoplasias são consideradas uma das principais causas de óbitos. Porém, não podemos considerar esses dados 100% fidedignos, devido à falta de algumas notificações no banco de dados do referido hospital.

Contudo a realização deste estudo permitiu evidenciar a caracterização sociodemográfica e clínica de crianças e adolescentes no Hospital Universitário Alcides Carneiro com diagnóstico médico de tumor cerebral.

No entanto, vale ressaltar que diagnósticos médicos inconclusivos, subnotificações de causa-morte, óbitos antecedentes ao diagnóstico médico conclusivo e prontuários preenchidos com letras ilegíveis foram algumas das dificuldades encontradas pelas pesquisadoras para seleção de uma amostra representativa.

Outro aspecto que se faz necessário ressaltar foi à ausência de anotações médicas e de enfermagem no tocante aos cuidados prestados especificamente para os sinais e sintomas apresentados pelas crianças e adolescentes com esta neoplasia.

Nesse sentido, se faz necessário haver maior compromisso e rigor com relação aos registros em prontuários de pacientes com neoplasias a fim de possibilitar, a partir desses dados, elaborar estratégias para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a temática de cuidados paliativos.

Dessa forma, percebe-se a importância da efetivação dos cuidados paliativos desde o diagnóstico de uma neoplasia potencialmente fatal ou limitadora da vida, contribuindo para que questões essenciais, como controle dos sinais e sintomas possam ser trabalhados ao longo do tratamento como um todo e não apenas no momento já próximo ao óbito.

Tendo em vista o exposto, faz-se necessário mais estudos sobre a temática para disponibilizar uma assistência mais qualificada objetivando uma melhor qualidade de vida destas crianças e adolescentes em todo o processo de adoecimento e de morte e morrer, além de possibilitar uma divulgação e orientações mais precisas aos profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem, bem como aos usuários desses centros de tratamento ao câncer.

REFEÊNCIAS

- ALEXANDRE, A. M. C. et al. Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. **Rev Esc Enferm USP**. 2012, v.46, n.2, p. 272-79. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v46n2/a02v46n2.pdf>> Acesso em: 22 jun 2013.
- ALMEIDA, F. A.; SABATÉS, A. B. **Enfermagem Pediátrica: a Criança, o Adolescente e sua Família no Hospital**. 1ª ed., São Paulo: Manole, 2008.
- ARAUJO, O. L. et al. Análise de sobrevida e fatores prognósticos de pacientes pediátricos com tumores cerebrais. **J Pediatr**. 2011, v.87, n.5, p. 425-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n5/v87n05a10.pdf>. Acesso em: 17 jun 2013.
- BARBOSA, A. R. S. O. **Craniotomia para ressecção de astrocitoma em área funcional com doente acordado**. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Dissertação de Mestrado) Universidade do Porto, 2012.
- BERNABEU, J., et al.. Atención interdisciplinar a las secuelas de la enfermedad y/o tratamientos en oncología pediátrica. **Psicooncología**. Vol. 6, N. 2-3, pp. 381-411, 2009. Disponível em: <<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220381A/15166>> Acesso 07 mar 2014.
- BRASILa. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_abc_2ed.pdf>. Acesso em 13 jun 2013.
- BRASILb. **Ministério da Educação e Cultura**. Universidade federal da Paraíba Hospital Universitário Alcides Carneiro. 2012. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/hualcide.pdf>> Acesso em 05 Mar 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer na Criança e no Adolescente no Brasil: Dados dos Registros de Base Populacional e de Mortalidade**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/câncer_crianca\)adolescente_brasil_pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/câncer_crianca)adolescente_brasil_pdf)> Acesso em 13 jun 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/diagnostico_precoce.pdf> Acesso em 23 jun 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº. 466/2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília 2012.
- BONATO, C. C.; ELNECAVE, R. H. Alterações tireoidianas associadas à radiação externa em crianças e adolescentes. **Arq Bras Endocrinol Metab**. 2011, v.55, n.6, p. 359-66. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n6/a02v55n6.pdf>> Acesso em: 06 jun 2013.

BORDALLO, M. A. N.; FERREIRA, R. M.; BULZICO, D. A. Atualização terapêutica no tratamento dos craniofaringiomas. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 2011, v.55, n. 8, p. 520-527. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n8/04.pdf>> Acesso em: 06 jun 2013.

CARIELLO, A. J. et al. Achados epidemiológicos de tumores pediátricos em um centro de referência Epidemiological findings of pediatric tumors in a referral center. **Pediatria (São Paulo)**, v. 32, n. 4, p. 261-265, 2010. Disponível em: <<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1362.pdf>> Acesso em 07 Mar 2014.

CICOGNA, E. C.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. Crianças e adolescentes com câncer: experiências com a quimioterapia. **Rev Latino-amer Enferm**, v. 18, n. 5, p.2-9, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421935005.pdf>> Acesso em: 06 jun 2013.

CHIBA, T. **Náusea e Vômito.** In: OLIVEIRA, R. A. (Org.). Cuidado Paliativo. Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo, 2008.

CHIELA, E. C. F. **A autofagia e o ciclo celular desempenham papel central no mecanismo de ação do reveratrol e do co-tratamento com temozolomida em células de linhagens de glioblastoma humano.** Tese (Mestrado em Biologia Molecular e Celular) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28430/000769735.pdf?sequence=1>> Acesso em: 30 jun 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº. 311/2007**, de 09 de fevereiro de 2007. Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.notadez.com.br/content/normas.asp?id=36907>> Acesso em 08 jun 2013.

COSTA, T. F. da; CEOLIM, M. F. A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.** 2010, v.31, n.4, p. 776-84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n4/a23v31n4.pdf>> Acesso em: 07 jun 2013.

CYRULNIK, J. Z. et al. Impacto da adição da temozolomida à radioterapia no tratamento de crianças portadoras de tumor de tronco cerebral. **Rev Imagem** 2008; v.30, n.3, p.85-9. Disponível em: <http://www.spr.org.br/files/public/magazine/public_119/85-89.pdf> Acesso em: 30 jun 2013.

DIAS, C. G.; ALMEIDA, F. de A. **Câncer na infância.** In: ALMEIDA, F. de A.; SABATÉS, A. L. (Org.). Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2008 p.375-378. Cap.29.

FERREIRA, A. P. M. **Espectroscopia na caracterização de gliomas em pediatria.** Tese (Monografia em Radiologia). Universidade Atlântica. Barcarena, p.68, 2012. Disponível em: <<http://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/749/1/Pesquisa%20Bibliogr%C3%A1fica.pdf>> Acesso em: 29 jun 2013.

- FONTELLES, M. J. et. al.. Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa. **Rev Para Med**, 2009, v.23, n.3. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>> Acesso em: 12 ago 2013.
- GASPARINI, B.; MONTEIRO, G. T. R.; KOIFMAN, S. Mortalidade por tumores do sistema nervoso central em crianças e adolescentes no Rio de Janeiro, Brasil, 1980-2009. **Cad. saúde colet.** vol. 21, n. 3, pag. 272-280. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n3/v21n3a07.pdf>> Acesso em 17 Jan 2014
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- ITAGIBA, V. G. A. et al. Uso do tensor de difusão na avaliação dos padrões de acometimento da substância branca em pacientes com tumores cerebrais: é uma ferramenta útil para o diagnóstico diferencial?. **Radiol Bras**. 2010, v.43, n.6, p. 362-68. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rb/v43n6/v43n6a06.pdf>> Acesso em: 30 jun 2013.
- KLEINSCHMITT, S. C. **Apostila de Metodologia da Pesquisa Científica**. Toledo, 2011. Disponível em: <http://www.fasul.edu.br/pasta_professor/arquivos/7/9197_apostila_i.pdf> Acesso em: 12 ago 2013.
- KUPERMAN, H. et al. Avaliação dos principais efeitos endócrinos tardios em crianças e adolescentes sobreviventes ao tratamento de neoplasias malignas. **Arq Bras Endocrinol Metab**. 2010, v.54, n.9, p. 819-25. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v54n9/a08v54n9.pdf>> Acesso em: 06 jun 2013.
- LINHARES, M. B. M.; DOCA, F. N. P. Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. **Temas em Psicologia**. 2010, v.18, n.2, p.307 – 25. Disponível em: <<http://www.sbponline.org.br/revista2/vol18n2/PDF/v18n2a05.pdf>> Acesso em: 16 jul 2013.
- LISSAUER, T.; CLAYDEN, G. **Manual ilustrado de pediatria**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- MACHADO, L. L.; OLIVEIRA, M. da S. Percepções e ajustamento à doença em crianças acometidas pelo câncer. **Rev Graduação**. 2011, v.4, n.1. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/viewFile/8822/618>> Acesso em: 08 jun 2013.
- MARCHI, J.A. et al. Câncer infante juvenil: perfil de óbitos.**Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**. v. 14, n. 5, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1237/pdf>> Acesso em 08 mar 2014.
- MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- MARTINS, B. L. de J.; CORRÊA, C. F.; PERES, M. de M. Análise de fatores prognóstico relacionados a sobrevida de crianças portadoras de meduloblastoma. **Estação Científica (UNIFAP)** Macapá, v.1, n.1, p.01-08, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/148/v1n1Bruna.pdf>> Acesso em: 30 jun 2013.

MASCARENHAS, F. et al. A radiocirurgia estereotáxica em tumores benignos e malignos do sistema nervoso central. **Acta Médica Portuguesa**, v. 18, n. 1, p. 45-60, 2005. Disponível em: <file:///C:/Users/gil/Downloads/1003-1563-1-PB.pdf> Acesso em 01 abr 2014.

MEKITARIAN FILHO, E.; CARVALHO, W. B. de; CAVALHEIRO, S. Manejo do paciente no período perioperatório em neurocirurgia pediátrica. **Rev Assoc Med Chem Bras.** 2012, v.58, n.3, p.388-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n3/v58n3a22.pdf> Acesso em: 29 jun 2013.

MONTEIRO, A. C. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; PACHECO, S. T. de A. O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura atual. **Rev Esc Enferm Anna Nery.** 2012, v.16, n.4, p.741-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/14.pdf> Acesso em: 06 jun 2013.

MOREIRA, P. L.; ANGELO, M. Tornar-se mãe de criança com câncer: construindo a parentalidade. **Rev Latino-amer Enferm.** 2008, v.16, n.3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_04.pdf> Acesso em: 23 jun 2013.

MORETTI, N. **Manual de Metodologia Científica: Como Elaborar Trabalhos Acadêmicos.** União de Ensino Superior de Cafelândia, 2008. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/19441613/Manual-de-Metodologia-Cientifica> Acesso em: 01 Ago 2013.

MOTA, A. A. S. da C. **A Massagem no Alívio da Dor na Criança com Patologia Oncológica.** Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Dissertação de Mestrado), Universidade do Porto, 2011. Disponível em: <repositório-aberto.up.pt/bitstream/10216/57189/2/fundamentao%20completaVerso%20Final.pdf> Acesso em: 14 jun 2013.

OLIVEIRA, F. F. T. de; BARBOSA, S. M. de M. **Dor em Pediatria.** In: OLIVEIRA, R. A. de (Org.). Cuidado Paliativo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

OLIVEIRA, M.; ALMEIDA, S.; SILVA, E. Sequelas neurocognitivas em crianças com tumores cerebrais: Uma revisão da literatura. **Psic. Saúde & Doenças.** 2010, v.11, n.1, p. 83-99. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v11n1/v11n1a07.pdf> Acesso em: 26 Jun 2013.

PINHO, S. R. de. et al. Alterações comportamentais em crianças portadoras de enfermidades crônicas e suas repercussões na família: Hospital da Criança – Obras Sociais de Irmã Dulce, Salvador, BA. **Rev Cienc Méd Biol.** 2007, v.6, n.1, p.07-16, Salvador. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/4138/3025> Acesso em: 08 jun 2013.

PRESTI, P. F. et al. Epidemiological study of cancer in adolescents at a referral center. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 2, p. 210-216, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n2/09.pdf> Acesso em 22 Fevereiro 2014.

RAASCHOU-NIELSEN O, et al.. Increasing incidence of childhood tumours of the central nervous system in Denmark, 1980- 1996. **Br J Cancer.** V. 95, n. 3, p. 416-22. 2006.

Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2360646/>> Acesso em 06 Mar 2014.

RAMOS, H. L.; RODRIGUES, D. C.; BRANDI, E. M. Carcinoma de Plexo Coroide em Criança: Relato de Caso. **Pediatr. mod**, v. 48, n. 8. 2012. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5136> Acesso em 02 Fev 2014.

RANGEL, M.R.U. et al. Câncer Pediátrico: incidência, sobrevida e mortalidade em Sergipe. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 1, n. 3, p. 9-20, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/gil/Downloads/531-2943-1-PB.pdf>> Acesso em 08 Mar 2014.

REIS R.S., SANTOS M.O., THULER L.C.S. Incidência de tumores pediátricos no Brasil. **Rev Bras Cancerol**. V. 53, n. 1, p. 5-15, 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v01/pdf/artigo1.pdf> Acesso em 06 mar 2007.

REIS, F.; FERREIRA, L. S.; CARVALHO, T. L.. Lesão tumoral no vérmis cerebelar– Parte2/Tumor lesion in the cerebellar vermis-Part 2. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. V. 15, n. 2, p. 31-32, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/11988/pdf>> Acesso em 08 mar 2014.

RONDINELLI, P.I.P.; OSÓRIO, C.A.M.; LOPES, L.F. Tumores de células germinativas intracranianos na infância: avaliação de 14 casos. **Arq. neuropsiquiatr**, V. 63, n. 3B, p. 832-836, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n3b/a21v633b.pdf>> Acesso em 08 mar 2014.

SERAFIM, A.; VILANOVA, L. C. P.; SILVA, N. S. Neurological evaluation of children and adolescents with brain tumor, based on ambulatory-oriented follow-up. **Arq. Neuro-Psiquiatr**. Vol.59, n.4, pp. 849-853. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v59n4/a03v59n4.pdf>> Acesso em 05 Mar 2014.

SILVA, C. R. G. et al. Alterações Fonoaudiológicas e Fisioterápicas de um Paciente com Craniofaringioma. **Cad. Pesq.**, São Luís, v. 17, n. 3. 2010. Disponível em: <[http://www.pppg.ufma.br/cadernosdepesquisa/uploads/files/Artigo6\(1\).pdf](http://www.pppg.ufma.br/cadernosdepesquisa/uploads/files/Artigo6(1).pdf)> Acesso em 17 Nov 2013

SILVA, J. K. O. et al. Câncer infantil: monitoramento da informação através dos registros de câncer de base populacional. **Rev Bras Cancerol**. V. 58, n. 4, p. 681-86. 2012. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/14-revisao-literatura-cancer-infantil-monitoramento-informacao-atraves-registros-cancer-base-populacional.pdf> Acesso em: 29 jun 2013.

SILVA, M. S. et al. Dor na criança internada: a percepção da equipe de enfermagem. **Rev Dor**. 2011, v.12, n.4, p.314-20, São Paulo. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n4/a06v12n4.pdf>> Acesso em: 15 jul 2013.

SILVA, T. P. da. et al. Cuidados de enfermagem à criança com câncer: uma revisão integrativa da Literatura. **Rev Enferm UFSM**. 2013, v.3, n.1, p.68-78. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/6918/pdf>> Acesso em: 23 Jun 2013.

SIME, M. M.; SHISHIDO, N. S.; SANTOS, W. de A. Caracterização do Perfil da Clientela do Setor de Terapia Ocupacional na Oncologia Pediátrica. **Rev Bras Cancerol** 2011, v.57, n.2, p.167-75. Disponível em: <www.inca.gov.br/rbc/n_57/v02/pdf/04_artigo_caracterização_perfil_clientela_setor_terapia_ocupacional_oncologia_pediatria_pdf> Acesso em: 20 jun 2013.

SMELTZER, S. et al. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 11^a ed, vol.2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SOUSA, E. N. L. et al. Astrocitoma pilomixoide de fossa posterior em crianças: relato de caso. **Arq Bras Neurocir** 2012, v.31, n.3, p.156-59. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2012/v31n3/a3369.pdf>> Acesso em: 29 jun 2013.

SOUZA, A. S. de; VALADARES, G. V. Desvelando o saber/ fazer sobre diagnósticos de enfermagem: experiência vivida em neurocirurgia oncológica. **Rev Bras Enferm**. 2011, v.64, n.5, p.890-97. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a14v64n5.pdf>> Acesso em: 13 jun 2013.

APÊNDICES

**APÊNDICE A –
TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE BANCO DE DADOS**

1. Identificação dos pesquisadores:

Nome completo (sem abreviação)	CPF
1)Gilmara Beserra de Oliveira	073.404.304-07
2)Glenda Agra	996.749.554-53

2. Identificação da pesquisa:

- a. Título do Projeto: **Perfil clínico-epidemiológico de crianças com tumor cerebral atendidas em um hospital público de Campina Grande/PB.**
- b. Objetivos da pesquisa: **Investigar a prevalência e o perfil clínico-epidemiológico de crianças com tumor cerebral atendidas em um hospital público de Campina Grande/PB.**
- c. Departamento/Faculdade/Curso: **Unidade Acadêmica de Saúde/ Universidade Federal de Campina Grande /Curso de Bacharelado em Enfermagem**
- d. Professor Orientador: **Glenda Agra**
- e. Pesquisador Responsável: **Glenda Agra**
- f. Pesquisador Colaborador: **Gilmara Beserra de Oliveira**

3. Declaração:

Nós, pesquisadoras identificadas acima, baseados nos itens III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Res CNS 466/12) e na Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/93), declaramos que:

- a) O acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP;
- b) O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Asseguraremos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização;
- d) Asseguraremos a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;

- e) O pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para a confidencialidade dos dados de pesquisa. Os sujeitos envolvidos serão informados dos limites da habilidade do pesquisador em salvaguardar a confidencialidade e das possíveis consequências da quebra de confidencialidade, caso seja necessário;
- f) Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo;
- g) Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP;
- h) Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda de seus direitos.

Cuité, 12 de agosto de 2013

Nome completo (por extenso)	Assinatura
1)Gilmara Beserra de Oliveira ²	
2)Glenda Agra ³	

COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Endereço:

² Rua: Olegário Maciel Nº 656 – Monte Santo- Campina Grande/PB - Cep: 58400 – 745- Fone: (83) 9622 – 6997

³ Rua: Nicola Porto, 251- Manaíra – João Pessoa/PB - Cep: 58038-120 - Fone: (83) 9924 – 9499/ (83) 9138 – 7675

**APÊNDICE B -
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

Dados epidemiológicos

1. Sexo: ()Feminino ()Masculino
2. Idade: () 1 dia de nascido a 11 meses () 1 a 4 anos () 5 a 9 anos ()10 a 12 anos
()13 a 18 anos
3. Cidade de Origem: _____

Dados clínicos

4. Tipo de Neoplasia Cerebral: () Gliomas ()Ependimomas ()Meduloblastoma
()Craniofaringiomas ()Não especificado
5. Ano do diagnóstico: () 2008 () 2009 () 2010 () 2011 () 2012 () 2013
6. Síndromes / Anomalias Congênicas: _____
7. Principais sintomas: () Dor (Cefaleia) () Náuseas () Vômitos () Convulsões
() Rebaixamento do nível de consciência () Escala de Coma de Glasgow; escore _____
() Outros: _____
8. Avaliação da dor: () Escala de dor FLACC () Escala de faces Wong Baker
() Outros: _____
9. Esquema Terapêutico: () Quimioterapia () Radioterapia () Cirurgia
() Radiocirurgia () Cuidados Paliativos
10. Quimioterápicos Utilizados:
- _____
- _____

11. Medicamentos Utilizados

*Alívio da Dor:

- () Anti-inflamatórios
- () Analgésicos Fracos ()Analgésicos Fortes () Sedação Paliativa
- () Outros _____

*Alívio dos sintomas:

- Náuseas e Vômitos: () Anti-eméticos () Outros
- Convulsões: () Anticonvulsivantes () Outros

12. Recidivas: () Sim () Não

13. Descontinuidade / Abandono do Tratamento ()

14. Óbito ()

Causa do óbito: _____

ANEXOS

**ANEXO A –
TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL**

Prezado (a) Ilmo. Sr. (a). Diretor(a) Geral do Hospital Alcides Carneiro

Meu nome é Gilmara Beserra de Oliveira, RG: 2.986.962 SSP-PB, CPF: 073.404.304-07, discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) Campus – Cuité e, sob a orientação da Prof.^a Msc. Glenda Agra, pretendo realizar uma pesquisa, previamente intitulada: “PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS COM TUMOR CEREBRAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE CAMPINA GRANDE/PB”. Sendo assim, o referido trabalho tem como objetivo apresentar a prevalência e a caracterização do perfil clínico e epidemiológico de crianças com tumor cerebral assistidas no Hospital Universitário Alcides Carneiro. Para tanto, a realização desta pesquisa só será possível com a sua anuência, sendo assim solicito a autorização de V.S.^a, para realizar uma pesquisa documental com coleta de dados nos prontuários correspondentes ao período de janeiro de 2008 a dezembro de 2013.

Com relação ao nome da Instituição, me comprometo em manter o nome dos pacientes no anonimato, bem como os dados confidenciais a serem apresentados e também aceitar a livre decisão de V.S.^a em autorizar ou não a realização da pesquisa.

Diante do exposto, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração, estando a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecida sobre a pesquisa e dou anuência para a realização da mesma. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

Campina Grande, ___/___/___

Diretor (a) Geral do Hospital Universitário
Alcides Carneiro

Pesquisador Responsável
Glenda Agra¹
SIAPE 1841058

Gilmara Beserra de Oliveira
Pesquisadora Colaboradora

Glenda Agra
Pesquisadora Responsável

**ANEXO B –
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS COM TUMOR CEREBRAL ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DE CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

Pesquisador: Glenda Agra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20868613.7.0000.5182

Instituição Proponente: Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde da

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 530.944

Data da Relatoria: 27/11/2013

Apresentação do Projeto:

No projeto lê-se: o estudo abrange o PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS COM TUMOR CEREBRAL. Propõe-se analisar os prontuários de 20 crianças acometidas. Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal, retrospectiva, descritiva realizada por meio de dados secundários. A pesquisa será realizada em um hospital público de Campina Grande, PB, que atende crianças com câncer. O universo definido para a pesquisa será prontuários clínicos de crianças com neoplasias cerebrais do referido hospital. Diante disto serão adotados os seguintes critérios de inclusão: prontuários que apresentem dados clínicos e epidemiológicos de crianças com diagnóstico médico de tumor cerebral, considerando o período de 2007 a 2013. A pesquisa será realizada por meio de um questionário semi-estruturado, contendo questões objetivas pertinentes ao objetivo da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar a prevalência e o perfil clínico-epidemiológico de crianças com tumor cerebral em um hospital público do município de Campina Grande, Paraíba.

Objetivo Secundário: Investigar os cuidados paliativos direcionados a crianças com tumor cerebral, levando em consideração os sintomas desta neoplasia.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 530.944

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Esta pesquisa não apresentará nenhum risco à população estudada (documental).

Benefícios: A partir dos dados coletados, esta pesquisa poderá contribuir no sentido de conduzir melhor os profissionais de saúde no que se refere aos cuidados paliativos direcionados às crianças com tumor cerebral, além de evidenciar os aspectos clínicos e epidemiológicos desta neoplasia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa encontra-se descrita adequadamente e possui relevância acadêmica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou:

- Termo de consentimento de uso de banco de dados. Considerou-se inadequado, sendo importante a inserção do "Termo de Compromisso de uso de Banco de Dados".
- Termo de anuência da direção do HUAC.
- Termo de autorização institucional (UFCG).
- Folha de rosto.

A pesquisadora solicita dispensa do TCLE considerando que "trata-se de uma pesquisa observacional, transversal, retrospectiva, descritiva realizada por meio de dados secundários".

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que a pesquisa atende às normas éticas, apresento parecer favorável, inclusive acatando a solicitação de dispensa do TCLE.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer Elaborado pela Coordenação do CEP devido à impossibilidade de realização da análise pela relatora responsável. Parecer aprovado ad referendum do colegiado, devendo ser homologado em reunião ordinária. Coordenação Pró Tempore CEP/HUAC/UFCG.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 530.944

CAMPINA GRANDE, 16 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Maria Teresa Nascimento Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br