

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES –
URI - CAMPUS ERECHIM
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

CAMILA REGINA DILL

**ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS REALIZADAS EM
PACIENTES DO SETOR ONCOLÓGICO INFANTOJUVENIL DO HOSPITAL SÃO
VICENTE DE PAULO DE PASSO FUNDO, RIO GRANDE DO SUL, DURANTE O
PERÍODO DE INTERNAÇÃO.**

ERECHIM-RS

2020

CAMILA REGINA DILL

**ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS REALIZADAS EM
PACIENTES DO SETOR ONCOLÓGICO INFANTOJUVENIL DO HOSPITAL SÃO
VICENTE DE PAULO DE PASSO FUNDO, RIO GRANDE DO SUL, DURANTE O
PERÍODO DE INTERNAÇÃO.**

Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de
Fisioterapia, Departamento de Ciências da
Saúde da Universidade Regional Integrada do
Alto Uruguai e das Missões – Campus de
Erechim.

Orientadora: Prof. Dr. Arthiese Korb

Coorientadora: Prof. Ms. Caren Tais Piccoli
Maronesi

ERECHIM-RS

2020

CAMILA REGINA DILL

**ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS REALIZADAS EM
PACIENTES DO SETOR ONCOLÓGICO INFANTOJUVENIL DO HOSPITAL SÃO
VICENTE DE PAULO DE PASSO FUNDO, RIO GRANDE DO SUL, DURANTE O
PERÍODO DE INTERNAÇÃO.**

Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de
Fisioterapia, Departamento de Ciências da
Saúde da Universidade Regional Integrada do
Alto Uruguai e das Missões – Campus de
Erechim.

Orientadora: Prof. Dr. Arthiese Korb

Coorientadora: Prof. Ms. Caren Tais Piccoli
Maronesi

Erechim, ___ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

**Presidente: Prof. Dr. Arthiese Korb
URI-Câmpus de Erechim**

**Membro: Prof. Dr. Marcia Bairros De Castro
URI-Câmpus de Erechim**

**Membro: Prof. Ms. Caren Tais Piccoli Maronesi
URI-Câmpus de Erechim**

Erechim, 11 de Dezembro de 2020.

Dedico este trabalho aos meus pais e meu irmão,
que estiveram ao meu lado em cada passo
dessa jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom de ser fisioterapeuta e por sempre guiar os meus passos rumo ao sucesso.

Aos meus pais Vilma Marinês Dill e Jacir Lino Dill por permitirem a realização desse sonho e por todo apoio e incentivo durante esses cinco anos de graduação. Dedico essa vitória exclusivamente a vocês, minha base de tudo.

Ao meu irmão Michel Luis Dill, que me ensinou a ter forças para enfrentar qualquer obstáculo, meu maior exemplo de vida e responsável por despertar em mim o interesse na realização desta pesquisa.

A minha colega Viviane Rotava pela ajuda durante a coleta dos dados e pela parceria adquirida neste último ano de faculdade.

A minha dupla Bruna Cristina Kreische, que desde o começo dessa jornada esteve sempre do meu lado, dividindo momentos e compartilhando alegrias durante todo o período de formação.

Aos professores do curso de fisioterapia da URI Erechim por toda a dedicação prestada nestes anos de faculdade e por se dedicarem tanto a essa profissão maravilhosa que escolhemos.

A professora Doutora Arthiese Korb minha orientadora, por ter aceitado o convite de participar desta pesquisa e por estar sempre presente e disponível quando precisei. Seus conhecimentos foram fundamentais e fizeram a diferença no resultado final deste trabalho.

E por fim, agradeço a todos os meus amigos e colegas, que de uma forma ou outra fazem parte desta conquista e que torcem pelo meu sucesso pessoal e profissional imensamente grata por ter cada um vocês na minha vida.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

(José de Alencar)

RESUMO

O câncer infanto-juvenil corresponde a um grupo de doenças que proliferam descontroladamente células anormais, e que pode ocorrer em qualquer lugar do corpo. O que difere do câncer em adultos, é que o câncer infanto-juvenil afeta células do sistema sanguíneo e tecidos de sustentação. O presente estudo objetivou analisar quais as intervenções fisioterapêuticas realizadas em pacientes oncológicos do setor infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, durante o período de internação. A amostra foi composta por 52 pacientes, que realizaram ou estavam realizando tratamento oncológico no HSVP com idade inferior a 19 anos. Os dados utilizados na presente pesquisa foram coletados a partir do prontuário médico dos participantes, utilizando uma ficha, onde constatava informações sobre a idade, sexo, tipo de câncer, responsável pelo paciente, cidade que reside, ano que foi diagnosticado com câncer, tempo de internação, tipo e tempo de tratamento, plano de saúde, número de sessões de fisioterapia realizadas durante a internação e quais intervenções realizadas pelo fisioterapeuta neste período. Para tratamento dos dados realizou-se análise descritiva simples para média e desvio padrão. Resultados: houve predomínio do sexo masculino, com média de idade de três anos, onde a maioria estava sob responsabilidade da mãe. Maior porcentagem de diagnóstico foi no ano de 2020, onde os cânceres mais prevalentes foram leucemia, neoplasias diversas e linfoma. Grande parte dos participantes era proveniente de outras cidades, e a quimioterapia era o principal tratamento. Ainda, a média de sessões de fisioterapia foi de 48, onde permaneciam cerca de dois meses internados. Grande porcentagem dos pacientes realizaram fisioterapia motora e respiratória.

Palavras chaves: Oncologia. Oncopediatria. Câncer infanto-juvenil. Fisioterapia oncológica.

ABSTRACT

Childhood cancer corresponds to a group of diseases that proliferate abnormal cells uncontrollably, and that can occur anywhere in the body. What differs from cancer in adults is that childhood cancer affects cells in the blood system and supporting tissues. The present study aimed to analyze which physiotherapeutic interventions were performed in oncology patients in child and adolescent health sector of São Vicente de Paulo Hospital in Passo Fundo city, Rio Grande do Sul, during the hospitalization period. The sample consisted of 52 patients who are undergoing cancer treatment at HSVP and who are under 19 years old. The data used in the present research were collected from the medical records of the participants, using a form, which found information about age, sex, type of cancer, responsible for the patient, city that resides, year that was diagnosed with cancer, length of stay hospitalization, type and duration of treatment, health plan, number of physiotherapy sessions performed during hospitalization and which interventions performed by the physiotherapist during this period. For data treatment, a simple descriptive analysis was performed for means and standard deviations. Results: there was a predominance of males, with an average age of three years, where most were under the responsibility of the mother. The highest percentage of diagnosis was in the year 2020, where the most prevalent cancers were leukemia, various neoplasms and lymphoma. Most of the participants came from other cities, and chemotherapy was the main treatment. In addition, the average number of physiotherapy sessions was 48, where they spent about two months in hospital. A large percentage of patients underwent motor and respiratory physiotherapy.

Keywords: Oncology. Oncopediatric. Child and youth cancer. Oncological physiotherapy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Objetivos.....	14
1.1.1 Objetivo Geral.....	14
1.1.2 Objetivos Especificos.....	14
2 REVISÃO BIBLIOGRAFICA.....	16
2.1 Câncer.....	16
2.2 Tumores do sistema nervoso central.....	16
2.3 Leucemias.....	17
2.3.1 Leucemia linfóide aguda.....	18
2.3.2 Leucemia linfóide crônica.....	18
2.3.3 Leucemia mielóide aguda.....	19
2.3.4 Leucemia mielóide crônica.....	19
2.4 Linfomas.....	20
2.4.1 Linfoma de hodgkin.....	20
2.4.2 Linfoma não-hodgkin.....	21
2.5 Sinais e sintomas.....	21
2.6 Fisioterapia oncológica.....	22
2.7 Centro oncológico infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo.....	23
3 METODOLOGIA.....	24
3.1 Caracterização geral do estudo.....	24
3.2 População e amostra	24
3.2.1 Critérios de inclusão.....	24
3.2.2 Critérios de exclusão.....	25
3.3 Procedimento de coleta de dados.....	25
3.4 Análise de dados.....	26
3.5 Considerações éticas.....	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
5 CONCLUSÃO.....	42

REFERÊNCIAS.....	43
APENDICE A.....	49
ANEXO A.....	50
ANEXO B.....	52
ANEXO C.....	54
ANEXO D.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Média, desvio padrão, idade dos pacientes oncológicos do setor infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paulo.....	29
Tabela 2: Estatística descritiva referente ao ano de diagnóstico de câncer dos pacientes oncológicos do setor infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paulo	31
Tabela 3: Tipos de câncer dos pacientes oncológicos oncológicos do setor infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paulo.....	34
Tabela 4: Tipos de neoplasias dos pacientes oncológicos do setor infanto-juvenil do Hospital São Vice de Paulo.....	35
Tabela 5: Média de número de tempo da primeira internação e de sessões de fisioterapia realizada durante todas as internações dos pacientes oncológicos do Hospital São Vicente de Paulo.....	37
Tabela 6: Intervenção fisioterapêutica dos pacientes oncológicos do Hospital São Vicente de Paulo.....	40

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: frequência dos 53 pacientes oncológicos do setor infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paulo.....	32
Gráfico 2: Tipo de tratamento dos pacientes oncológicos do Hospital São Vicente de Paulo.....	38
Gráfico 3: Tipos de planos de saúde dos pacientes oncológicos do Hospital São Vicente de Paulo.....	41

1 INTRODUÇÃO

O câncer no Brasil, é considerado um problema de saúde pública, constituindo a segunda causa de morte por doença no país. O registro do câncer tem aumentado nas últimas décadas, ressaltando assim, a importância da doença e seu impacto econômico e social. (BITTENCOURT et al., 2004). Segundo Marchi (2013), o câncer infanto-juvenil corresponde há um grupo de doenças que proliferam descontroladamente células anormais, e que pode ocorrer em qualquer lugar do corpo. Os principais tipos de neoplasias nesta população são os tumores do sistema nervoso central, linfomas e leucemias.

Os tumores do sistema nervoso central formam um grupo de doenças que são agrupadas pelo fato de terem em comum a localização crítica, levando a comportamentos similares. Esses tumores se infiltram ou comprimem os mesmos órgãos, dificultando a abordagem quimioterápica devido a barreira hematoencefálica. (STILLER e NECTOUX, 1994).

Segundo o INCA (2018), a leucemia ocorre devido a uma mutação genética de uma célula sanguínea que ainda não atingiu a maturidade, transformando-a em célula cancerosa. Esta célula anormal, multiplica-se rapidamente e morre menos do que as células normais, não funcionando da forma adequada. Acontece na medula óssea então, a substituição de células sanguíneas saudáveis por células cancerosas.

Os linfomas representam o terceiro tipo de câncer que é diagnosticado com mais frequência em crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 15 anos, sendo classificado em 60% dos casos pelos linfomas não-Hodgkin e 40% pelos linfomas de Hodgkin. (PEDROSA, 2007).

Os pacientes oncológicos, durante o tratamento, podem vir a apresentar complicações, dentre elas podemos observar alterações cinético-funcionais, como déficit na deambulação, dificuldade em realizar AVD'S devido ao tempo prolongado no leito, conseqüentemente, redução na capacidade funcional de órgãos e sistemas, bem como redução do grau de força muscular. (DAROLT et. al., 2011),

Neste contexto, a fisioterapia oncológica surge como um tratamento fundamental, sendo que o profissional fisioterapeuta é indispensável na equipe multidisciplinar. Dessa forma as técnicas propostas na reabilitação têm como objetivo restaurar a força muscular, a estabilidade e a capacidade física dos indivíduos, além de orientar cuidados e possíveis complicações decorrentes do tratamento, que podem gerar declínio da independência durante as atividades de vida diária. (RODRIGUES, 2016).

O tratamento fisioterapêutico deve ser iniciado logo após o diagnóstico do câncer, diminuindo sequelas e prevenindo os problemas físicos, evitando novas complicações que os pacientes podem apresentar durante todo o tratamento, inclusive após o tratamento. (DAROLT et al., 2011).

O presente estudo teve como objetivos analisar as intervenções fisioterapêuticas que foram realizadas nos pacientes do setor oncológico infanto-juvenil, do Hospital São Vicente de Paulo, durante o período de internação assim como descrever o perfil epidemiológicos destes pacientes.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Verificar quais as intervenções fisioterapêuticas realizadas em pacientes oncológicos do setor infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, durante o período de internação.

1.1.2 Objetivos específicos

- Conhecer o perfil dos pacientes atendidos no serviço de oncologia infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paulo, através dos dados coletados dos mesmos (nome, idade, sexo, cidade, responsável pelo paciente, ano do diagnóstico, tipo de câncer, tempo de internação, tipo e tempo de tratamento, plano de saúde).

- Verificar o número de sessões de fisioterapia realizadas durante o período de internação.

2 REVISÃO BIBLIOGRAFICA

2.1 Câncer

Câncer é um conjunto de mais de 100 doenças, caracterizado pelo crescimento anormal de células, que invadem tecidos e órgãos. Estas células dividem-se rapidamente, sendo muito agressivas e incontroláveis, onde determinam a formação de tumores que podem se espalhar para várias regiões do corpo (INCA, 2018).

No Brasil, o câncer é considerado um problema de saúde pública, constituindo a segunda causa de morte por doença no país. O registro do câncer tem aumentado nas últimas décadas, ressaltando assim, a importância da doença e seu impacto econômico e social (BITTENCOURT et al., 2004).

O câncer infanto-juvenil corresponde a um grupo de doenças que proliferam descontroladamente células anormais, e que pode ocorrer em qualquer lugar do corpo. O que difere do câncer em adultos, é que o câncer infanto-juvenil afeta células do sistema sanguíneo e tecidos de sustentação (INCA, 2018).

Os principais tipos de neoplasias nesta população são os tumores do sistema nervoso central, linfomas e leucemias, principalmente a leucemia linfocítica aguda (MARCHI, 2013).

2.2 Tumores do sistema nervoso central

As neoplasias cerebrais são patologias significativamente importantes, devido a sua gravidade e dificuldade de ser diagnosticada precocemente, sendo que o diagnóstico requer exames e tratamentos de elevada complexidade, envolvendo assim, uma equipe multidisciplinar. (BARON, 1991). Depois da leucemia, os tumores do SNC são a segunda neoplasia mais frequente em crianças (LAWS; THAPAR, 1993; KLEIHURES et al, 2002).

O grupo mais frequente de neoplasias sólidas malignas em crianças são os tumores do sistema nervoso central (SNC), representando 20% de todos os tumores em crianças com idade inferior a 15 anos. Sabe-se que a incidência dos tumores do SNC variam de acordo com cada país, assim como a localização, tipo e idade do surgimento dos primeiros sintomas. Na Ásia é estimada em 2.23/100.000, Estados Unidos 4.61/100.000 e na Europa é de 2.99/100.000 (PINHO, 2010).

Segundo Stiller e Nectoux (1994), os tumores do sistema nervoso central formam um grupo de doenças que são agrupadas pelo fato de terem em comum a localização crítica, levando a comportamentos similares. Esses tumores se infiltram ou comprimem os mesmos órgãos, e tem dificuldade a abordagem quimioterápica devido a barreira hematoencefálica.

Segundo de Souza et al. (2007), os tumores nos adultos, estão relacionados à exposição de vários fatores de risco como alimentação, estilo de vida, tabagismo, ocupação e outros. Porém, a causa dos tumores pediátricos ainda é desconhecida. Sabe-se que os tumores pediátricos crescem mais rápido e são mais invasivos, porém respondem melhor ao tratamento.

2.3 Leucemias

Leucemia é um termo usado para definir um grupo de doenças diferentes e complexas entre si, afetando a produção dos glóbulos brancos. As formas de leucemia, podem ser divididas em mielóide e linfóide (HAMERSCHLAK, 2008). Dentro dessa divisão, existem as leucemias agudas e crônicas. As agudas caracterizam-se pelo acúmulo de blastos (chamadas de células imaturas), onde há perda da capacidade de diferenciação das células maduras, evoluindo rapidamente. Já a forma crônica, acontece uma maturação de elementos neoplásicos e sua evolução é mais demorada (ZAGO MA et al., 2001).

Segundo o INCA (2018), a leucemia ocorre devido a uma mutação genética de uma célula sanguínea que ainda não atingiu a maturidade, transformando-a em célula

cancerosa. Esta célula anormal, multiplica-se rapidamente e morre menos do que as células normais, não funcionando da forma adequada. Acontece na medula óssea então, a substituição de células sanguíneas saudáveis por células cancerosas.

2.3.1 Leucemia linfóide aguda

A leucemia linfóide aguda (LLA) é caracterizada por ser uma doença maligna das células linfóides, presente em grande número nos gânglios linfáticos, medula óssea e timo, acumulando-se quantidades grandes de linfoblastos nas diferentes etapas de maturação, sendo que os mesmos tem capacidade de multiplicação, mas não de diferenciação. (FARIAS e CASTRO, 2004).

A LLA tem remissão completa de 95% dos casos tratados com quimioterapia e a mesma possui um bom prognóstico. A incidência da mesma é de 1/25.000 indivíduos por ano, e o risco de desenvolvê-la nos 10 primeiros anos é de 1/2.880, sendo mais prevalentes na população de 0 a 14 anos, e predomina mais em meninos do que em meninas. A etiologia ainda é desconhecida, embora haja possíveis fatores de risco como: exposição a drogas antineoplásicas, fatores genéticos, irradiação e exposição a determinado vírus (ELMAN e SILVA, 2007).

2.3.2 Leucemia linfóide crônica

A leucemia linfóide crônica, foi considerada por muito tempo uma doença relativamente homogênea, ocasionada pelo acúmulo de linfócitos B monoclonais imunocompetentes e com distúrbios graves na apoptose. (GARICOCHEA, 2005).

A leucemia de maior frequência em adultos, é a leucemia linfóide crônica, que é responsável por cerca de 30% de todas as leucemias nessa população. Na maioria dos casos, pode ocorrer infecções graves, sendo 0,47 episódios de infecção por

paciente/ano, sendo essa a principal causa de morte em pacientes com LLC. O risco de adquirir infecção é maior nas doenças mais avançadas e tem correlação com os níveis de imunoglobulinas presentes no sangue (GARNICA e NUCCI, 2005).

2.3.3 Leucemia mielóide aguda

A leucemia mielóide aguda, é uma doença maligna que acomete a medula óssea, onde ocorre a expansão de mieloblastos, que se acumulam e suprem a atividade hematopoética normal. Sua incidência é de 2,2 casos/100 mil pessoas/ano nos EUA, e afeta 1,9 o sexo feminino e 2,9 o sexo masculino. Sua taxa de cura permanece em 20%, sendo considerado um desafio diagnóstico e terapêutico (BITTENCOURT, 2003).

Correspondendo a 20% das leucemias agudas, a leucemia mielóide aguda (LMA) em crianças é pouco estudada, principalmente no nosso país. Existem poucos dados sobre a doença e sobrevida das crianças acometidas, sendo que a maioria dos artigos referem-se a estudos em adultos (VIANA, 2003).

2.3.4 Leucemia mielóide crônica

A leucemia mielóide crônica é uma neoplasia que se resulta da expansão clonal de uma célula hematopoética, atingindo a medula óssea. É uma doença maligna humana e a primeira a ser associada com uma alteração genética do cromossomo philadelphia (Ph) (NOWELL e HUNGERFORD, 1960).

Na LMC há um aumento de linhagens granulocítica e megacariocitária, porém, mesmo na fase inicial da doença podemos observar aglomerações de células jovens e blásticas. Durante a fase blástica tem um aumento da porcentagem de blastos na medula óssea e também no sangue periférico, diminuindo os granulócitos maduros. Durante a

fase crônica as plaquetas podem encontrar-se normal ou então pouco aumentadas (LORENZI, 2006).

Leucemia mieloide crônica: afeta células mieloides e se desenvolve vagarosamente. Acomete principalmente adultos. (INCA, 2018).

2.4 Linfomas

Os linfomas são neoplasias malignas, proveniente de multiplicações celulares de alguns tecidos, onde ocorre a formação de tumores. Quando acontece o comprometimento da medula óssea, pode progredir pra quadros leucêmicos. Os linfomas são caracterizados pela proliferação dos linfócitos T ou B e considerando suas diferenças clínicas e morfológicas, são divididos em Hodgkin e Não-Hodgkin (CARDOSO, 2017).

Os linfomas, nesse contexto, representam o terceiro tipo de câncer mais frequente diagnosticado em crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 15 anos, sendo representado em 60% dos casos pelos linfomas não-Hodgkin (LNH) e 40% pelos linfomas de Hodgkin (PEDROSA, 2007).

2.4.1 Linfoma de hodgkin

O linfoma de Hodgkin (LH) se origina na maioria das vezes nos linfócitos B, e é caracterizado pela presença das células de Reed-Sternberg (RS) (SMITH, 2010). No linfoma de Hodgkin ocorre alterações neoplásicas de linfócitos periféricos maduros, que acometem órgãos do sistema imunológico, majoritariamente, os linfonodos que são estruturas capsulares localizadas pelo corpo, que podem ser classificados como internos (mediastinais, esofágicos, peripancreáticos, para-aórticos, ilíacos, retroperitoneais, inguinais e subclaviculares) e os periféricos (cervicais, inguinais, poplíteos, ulnares e axilares). Ainda, conforme o estadiamento da doença, em alguns casos pode haver

comprometimento medular, hepático, do sistema nervoso central e do trato gastrintestinal (CARDOSO, 2017).

O Linfoma de Hodgkin (LH) ocorre quando os linfócitos que estão presentes no sistema linfático e que tem a função de proteger contra bactérias, vírus e outros perigos, se transformam em células malignas, crescendo descontroladamente. O tecido linfóide está presente em muitas partes do corpo, por isso, pode ter início em qualquer local do corpo, mas tem mais frequência em gânglios linfáticos do tórax, pescoço e axilas. O paciente pode apresentar também células saudáveis, além das células doentes (ABRALE, 2016).

2.4.2 Linfomas não- Hodgkin

O Linfoma Não-Hodgkin (LNH) é a neoplasia maligna que possui uma maior velocidade de crescimento, podendo ocorrer a divisão de uma célula em até 48 horas. É caracterizado por uma desorganização proliferativa maligna de linfóides imaturos, onde os mesmos perdem a capacidade de se diferenciar (CARDOSO, 2017).

Esse tipo de câncer surge da mesma maneira que o linfoma de Hodgkin, ou seja, ocorre quando os linfócitos que estão presentes no sistema linfático e que tem a função de proteger contra bactérias, vírus e outros perigos, se transformam em malignas, crescendo descontroladamente. Existem mais de 40 tipos de LNH, que justificam-se pela quantidade de linfócitos normais que temos presente em nosso organismo (linfócitos B, T e NK, que são glóbulos brancos), onde desempenham papéis diferentes em nosso corpo, especialmente para combater as infecções (ABRALE, 2016).

2.5 Sinais e sintomas

É comum inicialmente as crianças receberem diagnóstico errôneo, devido aos sinais e sintomas serem constantemente vistos em outras doenças frequentes na infância. São sinais e sintomas comum do câncer infantil: distúrbios visuais, mudanças neurológicas, cefaleias, palidez, equimoses, edemas, febre e dor. (MORGAN, 2002). Existem dois tipos de dor, a aguda e crônica. A dor aguda é bem localizada, breve e em pontada, conseqüentemente a criança pode apresentar sudorese, midríase, fraqueza e aumento do esforço cardíaco. A dor crônica tem difícil localização e é persistente, podendo causar anorexia, ansiedade e distúrbios do sono. Cerca de 60 a 80% dos pacientes em estágios avançados apresentam quadro álgico (TORRITESI; VENDRÚSCULO, 1998).

2.6 Fisioterapia oncológica

A fisioterapia em oncologia tem como finalidade preservar e restaurar a integridade cinético-funcional de sistemas e órgãos, prevenindo distúrbios causados durante o tratamento oncológico, sendo essa uma especialidade recente (FARIA, 2010).

A fisioterapia oncológica é fundamental no processo de prevenção e reabilitação, sendo que o fisioterapeuta é indispensável na equipe multidisciplinar, tendo em vista não só a recuperação do câncer, mas também a reabilitação física. A atuação da fisioterapia dentro da oncologia, busca não só a atenção com o local afetado do câncer, mas sim toda a repercussão do problema em todo organismo do paciente. A fisioterapia tem como objetivo mostrar ao paciente a necessidade do retorno as AVD'S, oferecendo condições para isso. O tratamento fisioterapêutico deve ser iniciado logo após o diagnóstico do câncer, diminuindo sequelas e prevenindo os problemas físicos, evitando novas complicações que os pacientes podem apresentar durante todo o tratamento, inclusive após cirurgia. Deve-se aplicar o programa de fisioterapia nas fases pré-tratamento (diagnóstico e avaliação); durante o tratamento (radioterapia, quimioterapia, hormônioterapia e cirurgia); após tratamento (período de seguimento). É necessário em

cada fase, avaliar e indentificar quais as limitações do paciente, sintomas e suas causas e qual o impacto desses durante as AVD'S (RODRIGUES, 2016).

A preocupação da equipe médica há alguns anos, era somente em relação a sobrevivência dos pacientes diagnosticados com câncer. Porém, recentemente, a preocupação passou a ser a qualidade de vida durante e após o tratamento oncológico. Sendo assim, a fisioterapia oncológica está se direcionando nesse sentido (RODRIGUES, 2016).

2.7 Centro oncológico infanto-juvenil do hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo

O serviço de oncologia pediátrica no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) foi formado de fato em 2008, antes disso os hematologistas de adultos atendiam alguns pacientes adolescentes com doenças hematológicas e os menores e com tumores sólidos, eram atendidos em outros centros como Santa Maria e Porto Alegre.

Segundo o setor de pesquisa do centro oncológico, todos os pacientes crianças e adolescentes da região começaram a ser atendidos no Serviço em 2008, os atendimentos eram feitos no ambulatório de quimioterapia junto com os adultos, somente em uma sala separada. Com o grande número de pacientes, viu-se a necessidade de aumentar e se ter uma área destinada somente para os pacientes oncológicos pediátricos, assim, o Centro Oncológico Infanto-juvenil foi construído e inaugurado em junho de 2016. Nesse local são realizados as consultas médicas e multiprofissionais, quimioterapias e procedimentos como biópsia de medula. Integrado ao centro oncológico tem também o Espaço Lúdico que é o local onde as crianças brincam, fazem atividades com as professoras e com as voluntárias do NCI. Atualmente são realizadas 200 consultas mensais no Centro Oncológico Infanto-juvenil e em média 15 pacientes internados por dia.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização geral do estudo

Trata-se de um estudo de caráter transversal, exploratório, descritivo de abordagem quantitativa.

3.2 População e amostra

A população deste estudo foi composta por todos os pacientes que realizam tratamento no centro oncológico infanto-juvenil no período de Janeiro de 2017 a Agosto de 2020, no Hospital São Vicente de Paulo, em Passo Fundo/RS.

A coleta dos dados foi realizada no mês de setembro de 2020 com dados de prontuários.

A amostra foi composta pelos participantes selecionados através dos critérios de inclusão e exclusão deste estudo, com aproximadamente 52 pacientes.

3.2.1 Critérios de inclusão

Crianças e jovens portadores de câncer, que estavam em tratamento oncológico no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo do ano de 2017 até 2020 e que possuem idade inferior a 19 anos.

3.2.2 Critérios de exclusão

Crianças e jovens portadores de câncer que estavam em tratamento oncológico, mas que possuem idade superior a 19 anos e que foram diagnosticados com câncer em setembro de 2020.

3.3 Procedimento de coleta de dados

Inicialmente foi contatada a Direção do Centro oncológico infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), que se localiza na Rua Teixeira Soares, número 808 no RS, onde a pesquisa foi aplicada, solicitando a autorização para a realização da mesma. O projeto foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital, para apreciação e aceitação.

Posteriormente o projeto foi analisado pela Comissão do Curso de Fisioterapia, após o mesmo também foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Campus de Erechim, para apreciação e aprovação.

Em seguida, os dados utilizados na presente pesquisa foram coletados a partir do prontuário dos participantes utilizando uma ficha (APÊNDICE A), onde constatarão informações como a idade, sexo, tipo de câncer, responsável pelo paciente, cidade que reside, ano que foi diagnosticado com câncer, tempo de internação, tipo de tratamento, plano de saúde, e número de sessões de fisioterapia realizadas durante a internação e intervenções fisioterapêuticas realizadas pelos fisioterapeutas durante o período de internação. Também foi assinado um termo de compromisso de utilização de dados (TCDU) para maior confiabilidade durante a coleta das informações (ANEXO A).

A partir dos dados coletados foi realizada a caracterização dos participantes. Ao final da coleta, os dados foram analisados e ficarão de posse do professor responsável por cinco anos e após eliminados de forma ecológica.

3.4 Análise de dados

Os dados foram organizados, tabulados e sumarizados no sistema Microsoft Excel. Para tratamento dos dados foi realizada análise descritiva simples para média e desvio padrão. Os resultados foram obtidos através do prontuário médico dos pacientes e expostos de maneira quantitativa, sendo comentado cada variável avaliada.

3.5 Considerações éticas

Esta pesquisa estará sobre observância conforme as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde sendo apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Erechim. CAAE 24670019.5.0000.5351

Os dados coletados e que dizem respeito a este estudo, ficarão sob guarda do professor orientador e após 5 anos serão descartados de maneira ecologicamente corretas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como podemos observar (tabela 1), os pacientes oncológicos do setor infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paulo, 32% são do sexo feminino e 68% do sexo masculino. Neste contexto, alguns estudos nos apresentam dados semelhantes. Nascimento (2020) observou em 20 prontuários de crianças/adolescentes atendidos em uma unidade de oncologia do Acre, onde mostrou que (60%) dos pacientes eram do sexo masculino, assim como outro estudo de Hintz (2018), em um hospital de referência de Porto Alegre realizou a análise de 296 prontuários, mostrou que (53,3%) eram do sexo masculino. Da mesma forma, Figueiredo et. al. (2015), apresentou em sua pesquisa a prevalência do sexo masculino com (56,2%). Entretanto, segundo Hadas (2014), em um estudo realizado com 424 pacientes atendidos no Hospital de Clínicas da UFPR, pode-se verificar que 49,9% eram do sexo masculino e 50,2% do sexo feminino. Dados estes, que estão de acordo com a presente pesquisa, exceto Hadas.

Segundo nosso estudo, a média de idade dos pacientes oncológicos é de 8 anos, já a idade com mais ocorrência é 3 anos de idade. Para o sexo feminino, a idade mínima foi de 11 meses de idade e máxima de 17 anos, sendo que, a média de idade é de 6 anos. Dados similares ocorrem para o sexo masculino, onde a idade máxima dos pacientes oncológicos é de 17 anos e mínima de 5 meses de vida, sendo que, a média de idade é de 9 anos. Em relação a faixa etária, o estudo de Nascimento (2020) cita que a média de idade dos pacientes oncopediatricos foi de 6,15 anos, sendo estes com maior prevalência entre 1 e 3 anos (45%). Da mesma forma, Diniz et. al (2015) encontrou em seu estudo que a maioria das crianças tinham entre 1 e 4 anos (32,5%). Além disso, em outro estudo de Hadas (2014), 7% eram crianças menores de 1 ano, 42% tinham idade entre 1 e 4 anos, 32% 5 a 9 anos e desses, 18% com idade de 10 a 14 anos. Ainda, Mutti et. al. (2018) traz em seu estudo, que a maior incidência de câncer foi em crianças até 5 anos de idade, com predominância do sexo masculino, já a idade média do início do tratamento foi entre 8 e 11 anos de idade.

Com base nestas informações, a maioria dos estudos trazem a prevalência do sexo masculino o que é similar com a presente pesquisa. Já em relação a faixa etária, é

possível observar diferença com os mais estudos, visto que a idade mínima encontrada foi de 5 meses e máxima 17 anos. Ou seja, o aparecimento do câncer, pode ocorrer em qualquer faixa etária e ter diversos fatores de risco. Além disso, não existem dados suficientes que demonstrem maior prevalência de câncer infanto-juvenil no sexo masculino, no entanto, sabe-se que existem diversos fatores de risco, para o desenvolvimento do câncer em qualquer faixa etária (INCA, 2019).

Segundo o Instituto oncogua (2020) o estilo de vida, como o uso do tabaco e álcool, sedentarismo, excesso de peso, dietas pouco saudáveis podem influenciar no desenvolvimento do câncer. Fatores ambientais, como exposição à radiação ou a fumaça podem aumentar as chances de desenvolver algum tipo de câncer infantil, porém são necessários mais estudos que comprovem essas associações.

Além disso, o câncer infantil pode estar relacionado a mutações genéticas hereditárias ou então adquiridas. Portanto, essas alterações podem ser herdadas dos genitores ou adquiridas no início da vida ou antes do nascimento (Instituto oncogua, 2020). Ainda, o Ministério da saúde (2017), relata que crianças portadoras de malformações e/ou síndromes clínicas podem apresentar maior predisposição para desenvolvimento do câncer infanto-juvenil, como a ocorrência de leucemia em crianças com síndrome de down, tumores do sistema nervoso central e sarcomas em indivíduos com neurofibromatose, dentre outros.

Tabela 1: Estatística Descritiva das idades dos pacientes oncológicos do setor infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paulo.

	Feminino	Masculino	Geral
Média	6	9	8
Mediana	5	10	6
Mínimo	0,9	0,4	0,4
Máximo	17	17	17
Moda	2	3	3
Desv Padrão	4,9	5,8	5,6

Fonte: O autor

Em relação aos acompanhantes e responsáveis, foi observado em nosso estudo que dos 52 pacientes oncológicos do setor infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paula, 60% dos responsáveis eram as mães, os demais 40% não descreveram quem eram os responsáveis.

Mutti et. al. (2018), levando em consideração 160 prontuários, viu que destes, 116 pacientes tinham a mãe como principal acompanhante. Dados que corroboram com os encontrados nesta pesquisa. Em outro estudo, Cavicchioli et. al. (2007) buscou compreender a trajetória feita pelas crianças e adolescentes que realizavam tratamento em uma unidade de Serviço de oncologia hematologia pediátrica do hospital das clínicas da Faculdade de medicina de Ribeirão Preto-SP, com base nos relatos dos pais/familiares. Sendo assim, participaram deste estudo 8 mães e 2 pais de crianças/adolescentes diagnosticados com câncer. Ou seja, podemos concluir em cima deste dado, que as mães aparecem como as principais responsáveis em acompanhar os filhos ao tratamento oncológico.

Macedo et. al. (2015), com base em uma revisão integrativa, buscou verificar a sobrecarga e qualidade de vida de mães de crianças e adolescentes com doença crônica.

Observou que em pesquisas realizadas nos últimos anos, elas apontavam as mães como a principal cuidadora, com participação de 100% no processo cuidar, sendo a amostra composta por 787 pessoas.

Em um estudo realizado no Hospital São João Batista, na cidade de Viçosa-MG, buscou-se conhecer os sentimentos das mães que acompanham a hospitalização de seus filhos, onde também foram as principais responsáveis pelos mesmos. Os principais achados quanto as emoções sentidas pelas mães foram tristeza, ansiedade, solidão, cansaço e vontade de estar no lugar do filho (Toledo et. al.2012). Portanto, a presença da mãe aparece como sendo de suma importância durante a internação do filho, pois é ela quem dá toda assistência afetiva e emocional (Oliveira 1999).

Os dados referentes ao ano do diagnóstico podem ser observados na Tabela 2, onde podemos observar que 3,8% dos pacientes foram diagnosticados no ano de 2017, e, 42,4% entre os anos de 2018 e 2019, mas a grande maioria foi diagnosticada em 2020 (53,8%). Hintz (2018), avaliou 296 prontuários de pacientes de um hospital referência de Porto Alegre e mostrou em seu estudo que (45,8%) foram diagnosticados em 2016, 39,4% em 2015 e 14,7% até junho de 2017.

Viana et. al. (2018) realizou a coleta dos dados de prontuários de 2008 até 2015, onde (2,73%) foram diagnosticados no primeiro ano de pesquisa, (27,27%) em 2009, (11,36%) em 2010, (4,09%) em 2011, (16,82%) em 2012, (8,64%) em 2013, (16,82%) em 2014 e (12,27%) em 2015.

Sendo assim, é possível notar semelhança nos resultados encontrados no que diz respeito aos anos. O que difere é que no presente estudo, a maioria dos pacientes foram diagnosticados no ano em que a pesquisa ocorreu e na pesquisa destes autores, a maioria foi em outro ano. Ainda, boa porcentagem estava em tratamento, sendo que no presente estudo, todos os participantes ainda estavam com a doença ativa, conseqüentemente, ainda realizavam algum tipo de tratamento.

Tabela 2: Estatística Descritiva referente ano de diagnóstico de câncer dos pacientes oncológicos do setor infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paulo.

	Frequência	%
2017	2	3,8
2018	7	13,6
2019	15	28,8
2020	28	53,8

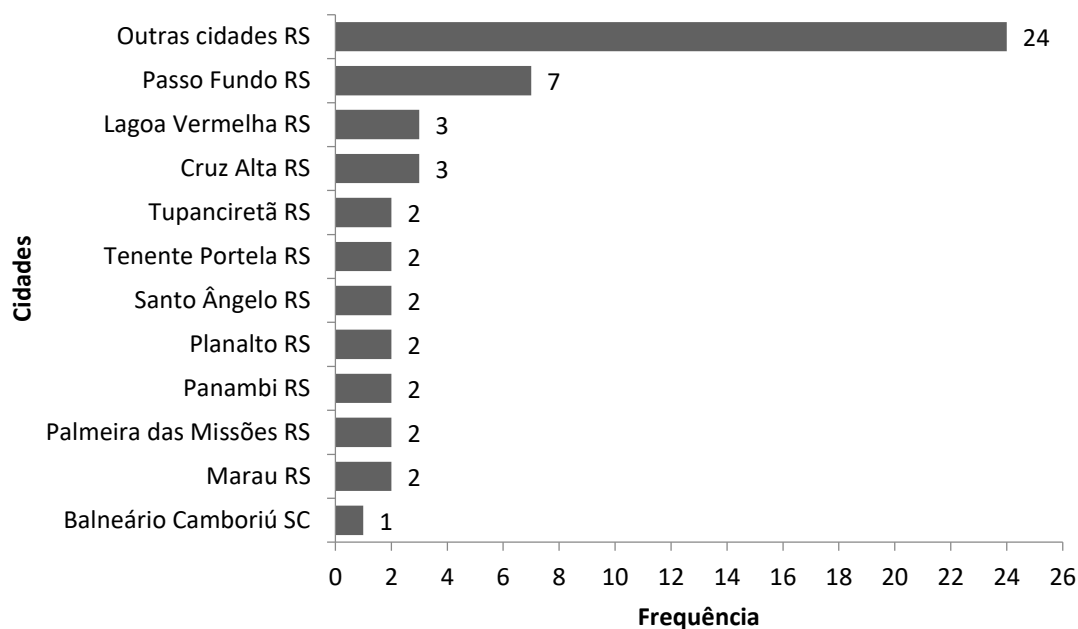
O gráfico 1 nos mostra que, dentre os 52 pacientes oncológicos do setor infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paula, avaliados na presente pesquisa, 46% dos pacientes eram provenientes de 24 cidades distintas, a grande maioria, 13,5% são da cidade de Passo Fundo, seguido de Lago Vermelha e Cruz Alta (5,8%) e apenas 1,9% era oriundo do estado de Santa Catarina.

Em um estudo realizado no Hospital de Clínicas da UFPR foi observado que, 92,9% eram da Região Sul, sendo que 89,2% eram do estado do Paraná, 3,3% de Santa Catarina e 0,5% do Rio Grande do Sul, ainda, as demais regiões do país foram Norte (1,6%), Nordeste (0,5%), Sudeste (2,1%) e Centro-Oeste (2,1%), além de (0,7%) serem do exterior.(Hadas, 2014).Em outro estudo, realizado por Mutti et. al. (2018), somente (24,4%) das crianças e/ou adolescentes residiam na mesma cidade da unidade de serviço oncológico. O restante precisava viajar e percorrer longas distâncias para a realização do tratamento oncopediátrico. Viana et. al. (2018) em seu estudo realizado em um hospital de Salvador-BA, com 220 crianças com câncer, mostrou que todas elas vinham de diferentes locais do estado, onde foram provinham da região metropolitana (n=61), centro-norte (n=54), Centro-Sul (n=42), Nordeste (n=27), Sul Baiano (n=15), Vale São Franciscano (n=11) e Extremo Oeste (n=8).

Saldanha et. al. (2019) relata que o adoecimento oncológico é ainda mais agravado devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, criando tensões aos familiares, amigos e profissionais da saúde. Em alguns casos para manter um vínculo

com os serviços de saúde, se faz necessária a mudança para cidades que possam ofertar o tratamento para estes indivíduos. Ainda, o deslocamento para tratamento por quimioterapia e radioterapia é proporcional para internações hospitalares. E o impacto dos deslocamentos dos pacientes oncológicos, podem afetar diretamente sua qualidade de vida e trazer prejuízos na recuperação. De acordo com Barbosa et. al. (2010), o custo com o deslocamento para o tratamento, também aparece como um fator que impacta a vida dessas famílias, sendo que muitos aguardam de dois a quatro meses para receber ajuda de custo pelo tratamento fora de domicílio (TFD), além disso, a ajuda pode não ser suficiente para suprir as despesas com o deslocamento e em muitos casos pode ocorrer atraso no pagamento.

Gráfico 1: Frequência 52 pacientes oncológicos do setor infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paulo.



Fonte: O autor

Em relação aos tipos de câncer diagnosticados na população do estudo (tabela 3 e 4), observamos que a grande maioria possuía Leucemia (45%), seguido de Neoplasia (29%) e Linfoma (8%), estes mesmos tipos de câncer acometem com maior incidência em homens e mulheres. O tipo de Câncer Leucemia acomete 59% das pacientes femininas e 41% dos pacientes masculinos, já a Neoplasia, acomete mais nos homens (32%), nas mulheres apenas 24%. As neoplasias representam a 29% dos pacientes oncológicos, destas, apenas 7% (1 caso) é benigno. As principais neoplasias encontradas nesta população podem ser observadas na tabela 4.

De acordo com outros estudos, os principais tipos de câncer encontrados foram, as leucemias, linfomas, retinoblastomas e tumores do sistema nervoso central. Estes dados são similares aos encontrados no Hospital São Vicente de Paulo, onde a leucemia ocupou a primeira posição, e o linfoma teve uma porcentagem inferior as encontradas em outras pesquisas. (HADAS, 2014; HINTZ, 2018; MUTTI et. al., 2018).

Braga et. al. (2002), diz que as neoplasias mais frequentes em adultos são difíceis de ocorrer em crianças. Existem diferença em relação a sua localização, tipo histológico e comportamento clínico. Ainda, observou que a maior frequência de cânceres em indivíduos com menos de 15 anos, foram as leucemias, linfomas, tumores do sistema nervoso central e sistema simpático, tumor de wilms, retinoblastomas, tumores ósseos e rabdomiossarcomas. Sabe-se também, que os tumores infanto-juvenil, apresentam menores períodos de latência, crescem rapidamente, são agressivos e invasivos, porém respondem melhor ao tratamento quimioterápico.

Ainda, grande parte dos estudos que falam sobre o câncer infantil, demonstram que a Leucemia aparece com uma percentagem bastante elevada nessa população, porém, não se sabe o motivo do predomínio dessa doença. Este tipo de câncer atinge mais crianças, mas também, jovens, adultos e idosos podem ser diagnosticados com leucemia. Desta forma, é importante que a população esteja em alerta aos sinais/sintomas do câncer infantil, sendo diagnosticado precocemente e iniciar o melhor tratamento imediatamente, reduzindo o número de mortes por esta doença (INCA, 2018).

Tabela 3: Tipos de câncer dos pacientes oncológicos do setor infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paulo.

	Feminino	Masculino	Geral%
Leucemia	10	14	45
Neoplasia	4	11	29
Linfoma	1	3	8
Ostossarcoma	1	-	2
Hemangioma	1	-	2
Carcinoma	-	1	2
Doença linfoproliferativa de pele	-	1	2
Craniofaringioma	-	1	2
Sarcoma Sinovial	-	1	2
Rabdomissarcoma	-	1	2
Glioma	-	1	2
Encéfalo	-	1	2
Total	17	35	100

Fonte: O autor

Tabela 4: Tipos de Neoplasia dos pacientes oncológicos do setor infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paula.

	Feminino	Masculino
Neoplasia maligna de rim	2	-
Neoplasia maligna de tecido conjuntivo e partes moles da pelve	1	1
Neoplasia maligna do córtex supra renal	1	-
Neoplasia Maligna do Encefalo com lesão invasiva	-	1
Neoplasia Benigna do tecido conjuntivo e de outros tecidos moles	-	1
Neoplasia maligna da omoplata e ossos longos de membros superiores	-	1
Neoplasia maligna de glândula supra renal e neoplasia maligna de nervos periféricos da cabeça, face e pescoço	-	1
Neoplasia maligna de testículo tóxico	-	2
Neoplasia maligna da glândula supra renal	-	1
Neoplasia maligna do encefalo com lesão invasiva e tumor na medula espinhal	-	1
Neoplasia maligna do encéfalo	-	1
Neoplasia maligna dos ossos longos de membros inferiores	-	1
Total	4	11

Fonte: O autor

A tabela 5 mostra a média de número de Tempo da 1ª internação e de sessões de fisioterapia realizadas durante todas as internações, podemos observar que a média das sessões do sexo feminino (53) e masculino (46) (tabela 5) são similares a média geral, os pacientes fizeram em média 48 sessões de fisioterapia. Também pode-se perceber que, a média do tempo 1ª internação é de 2 meses.

Em relação ao número de sessões de fisioterapia realizadas por essa população os dados são escassos, sobre as internações o estudo de Mutti e colaboradores (2018), traz uma média relacionada a esse parâmetro, onde 106 pacientes necessitaram de internação hospitalar, obtendo uma quantia de 1007 internação em 7 anos. O número de internações variou de 1 a 28 dias. Hintz (2018) ainda traz no seu estudo, que houveram 483 internações no ano de 2015, 534 em 2016 e 322 em 2017, totalizando 1339 internações.

As internações hospitalares secundárias a neoplasias aumentaram nos últimos anos (SANTOS et. al., 2015). Além das hospitalizações serem devido a intervenções cirúrgicas que tem como objetivo a ressecção tumoral, o paciente oncológico pode apresentar agravos em seu estado de saúde, decorrentes do próprio tratamento, resultando em maior frequência de internações e estar diretamente ligado ao tempo de permanência hospitalar, pois o tempo de internação dos pacientes podem variar de acordo com o quadro do mesmo, dependendo da existência de comorbidades, idade, metástases, estadiamento do tumor e incidência de complicações variadas. Manafu et. al. (2015), Saragiotto et. al. (2013) afirma que a longa permanência no hospital, acima do previsto ou alta precoce, resultam de falhas administrativas e significam ineficiência do cuidado ofertado, muitas vezes podendo gerar aumento dos custos hospitalares. No entanto, sabe-se que a grande maioria das internações são imprescindíveis para a realização dos tratamentos necessários.

Tabela 5: Média de número de Tempo da 1ª internação e de sessões de fisioterapia realizadas durante todas as internações dos pacientes oncológicos do Hospital São Vicente de Paulo.

	Feminino \bar{x}	Masculino \bar{x}	Geral \bar{x}
Sessões fisioterapia	53	46	48
Tempo na 1ª internação (meses)	1,9	2,2	2,1

Fonte: O autor

No gráfico 2, podemos observar que em 92% dos pacientes dos prontuários avaliados realizaram o tratamento de quimioterapia, e 6% realizaram Quimioterapia e linfadenectomia e 2 % quimioterapia e radioterapia. Em relação ao tipo de tratamento escolhido, o estudo realizado por de Mutti et. al (2018), mostrou que 45% dos pacientes realizaram somente quimioterapia e 38% quimioterapia associada com outras intervenções, como por exemplo, radioterapia, cirurgia, transplante de células-tronco hematopoiéticas e radioterapia mais cirurgia.

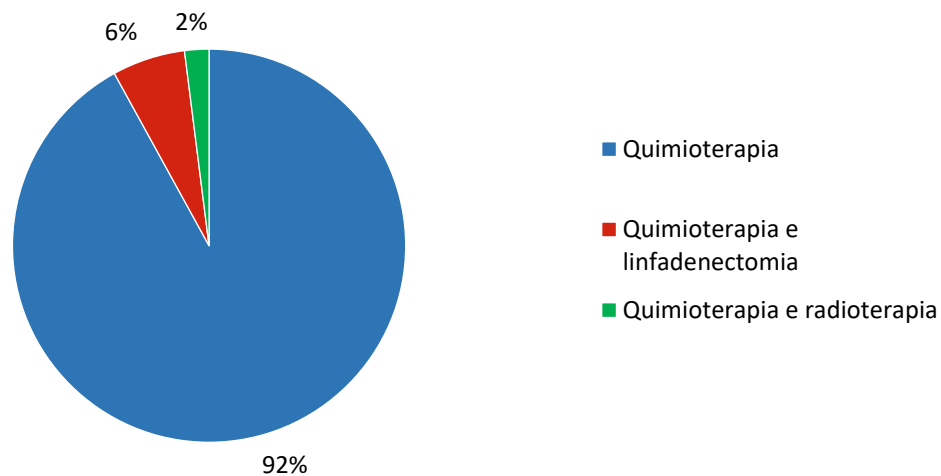
Nascimento (2020) verificou que a maioria das crianças e adolescentes realizaram quimioterapia (95 %), semelhança que foi encontrada no estudo de Diniz et. al. (2015) que identificou que o tipo de tratamento mais recebido pelos pacientes da oncopediatria foi a quimioterapia (67,8%).

Ainda, Viana et. al. (2018) observou que todas as crianças/adolescentes que participaram de seu estudo realizaram como principal tratamento a quimioterapia (82,71%), cirurgia (54,54%), radioterapia (33,63%). Essas terapias também foram utilizadas em conjunto, sendo que destas, (23,64%) foram submetidas a sessões de quimioterapia mais cirurgia, (23,18%) somente quimioterapia e (21,36%) quimioterapia associada a radioterapia.

Dados estes que corroboram com a presente pesquisa. Sabe-se que a escolha do tratamento oncopediátrico depende de alguns fatores como tipo de câncer,

estadiamento da doença, condição geral de saúde do paciente, aonde o tumor está localizado e como o mesmo afeta as funções do organismo. Ainda, é determinado a dose dos medicamentos, ciclos e horários. (ONCOGUIA, 2018).

Gráfico 2: Tipo de tratamento dos pacientes oncológicos do Hospital São Vicente de Paulo.



Fonte: O autor

Já em relação ao tratamento fisioterapêutico (tabela 6), os dados apontam que, a grande maioria, (77%) realizou fisioterapia motora e respiratória, outro estudo também mostrou que 48% dos pacientes tinham prescrição tanto de fisioterapia motora, quanto respiratória. (HINTZ, 2018).

Rios (2014) em seu estudo, esclarece que os fisioterapeutas devem realizar uma avaliação criteriosa identificando as principais limitações, alterações e dificuldade de cada paciente, planejar o atendimento e orientar os pacientes e seus familiares. Deve-se levar em consideração a idade cronológica e cognitiva, grau de autonomia motora e funcional, os interesses das crianças e quais recursos e materiais que serão necessários

para a realização das atividades. (DIEZ, 2011). A avaliação deve abranger os aspectos motor, sensorial, comportamental e cognitivo. Com base nisso, deve-se elaborar um programa de intervenção fisioterapêutico observando as necessidades de cada criança/adolescente, juntamente com os pais. (FUJISAWA E MANZINI, 2006).

Magno et. al. (2012), mostra em seu trabalho, que conforme a progressão do câncer infantil, os indivíduos apresentarão alterações físicas que são manifestadas através da dor, anorexia, náuseas, vômitos, fadiga e dispneia causando perda de massa muscular, gerando fraqueza generalizada. Ainda, podem apresentar diminuição da amplitude de movimento passiva e ativa, e atrasos no desenvolvimento motor grosseiro. Como consequência, pode-se observar uma maior inatividade dessas crianças, o que acaba trazendo prejuízos para o sistema respiratório como, alterações na ventilação pulmonar, apresentando diminuição e fadiga dos músculos respiratórios. (EFFGEN, 2005).

O objetivo principal no tratamento fisioterapêutico, em pacientes oncológicos, é preservar a vida, amenizando os sintomas, proporcionando assim maior independência funcional estimulando a retomada das atividades de vida diária (PESSINI, 2003; MARCUCCI, 2005; MARIM, 2009). Além disso, a intervenção fisioterapêutica deve ser realizada até mesmo em casos que não há possibilidade de cura, atuando nestes casos nos cuidados paliativos, aliviando as dores e promovendo uma melhor qualidade de vida. (SEGUNDO KISNER E COLBY, 2005).

A dor aparece como uma das principais queixas dos pacientes oncológicos, em diferentes fases da doença, por isso, merece uma atenção especial, onde os recursos analgésicos aparecem como grande aliado no tratamento fisioterápico na oncologia. Os pacientes que apresentam dor oncológica, normalmente experimentam mais de um tipo de dor. Essas dores podem ser intermitentes, constantes, agudas ou crônicas, podendo estar relacionada a doença ou tratamento. Alguns fatores podem contribuir com a percepção e intensidade da dor, como depressão, ansiedade e cognição. (SAMPAIO et. al. 2005).

Darolt et. al. (2011), diz que, a dor é uma experiência sensorial e emocional que está associada com lesão cerebral. A dor em pacientes com câncer é secundária da

evolução da patologia, aos procedimentos para obtenção da cura e aos aspectos psicoafetivos, pois está ligado a uma doença debilitante e progressiva. Em relação à duração, a dor é classificada em aguda ou crônica. Ainda, este autor cita que a alteração do humor, principalmente a ansiedade tem relação direta com a dor aguda.

Tabela 6: Intervenção fisioterapêutica dos pacientes oncológicos do Hospital São Vicente de Paulo.

	Feminino	Masculino	Geral%
Fisioterapia motora e respiratória	15	25	77
Fisioterapia motora, respiratória e exercícios metabólicos	2	8	19
Fisioterapia motora	-	1	2
Não realizou	-	1	2

Fonte: O autor

Dos 52 pacientes atendidos no serviço de oncologia infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paulo, 42 realizam tratamento pelo SUS, 5 possuem UNIMED, 2 tem convênio pelo IPÊ e 3 desses não foi possível encontrar qual plano utilizado (Gráfico 3).

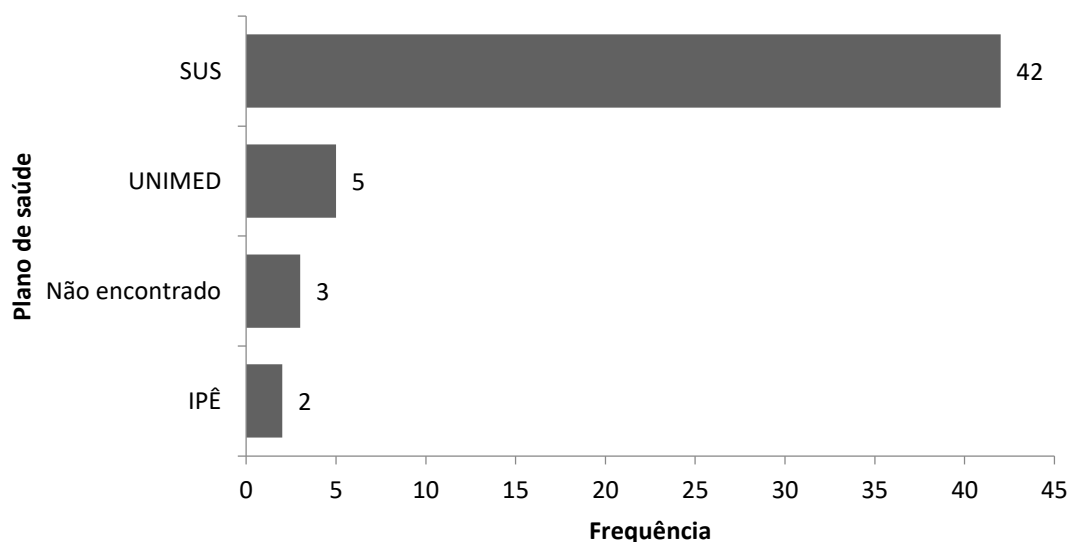
Existem poucos estudos sobre quais planos de saúde está população é atendida. Porém, Nascimento (2020) realizou uma pesquisa semelhante, trazendo dados sobre a renda familiar e observou que 60% da família dos pacientes oncopediátricos ganham um salário-mínimo. Diferentemente dos dados encontrado por Araújo (2014) onde ao estudar o perfil epidemiológico de crianças e adolescentes portadores de neoplasias do estado do Mato Grosso, verificou que os familiares apresentavam renda mensal inferior a meio salário mínimo.

Estes dados podem ser explicados devido as instituições em estudo serem de caráter público. Os resultados encontrados por estes autores estão de acordo com a presente pesquisa, onde pode-se notar prevalência do sistema único de saúde.

No Rio Grande do Sul, atualmente, existem 7 centros com habilitação “serviço de oncologia pediátrica”, que realizam tratamento pelo SUS, sendo eles: Hospital São Vicente de Paulo (Passo Fundo), Irmandade Santa Casa de Misericórdia (Porto Alegre), Hospital de Clinicas (Porto Alegre), Hospital Nossa Senhora da Conceição (Porto Alegre), Hospital São Lucas da PUCRS (Porto Alegre), Hospital Universitário de Santa Maria (Santa Maria) e Hospital Geral (Caxias do Sul). Entre os anos de 2012-2016, foram atendidos 1593 pacientes oncopediátricos (INCA, 2017).

O Hospital São Vicente de Paulo é referência no tratamento oncológico infanto-juvenil, atendendo em média 216 municípios do Rio Grande do Sul. No ano de 2019 estavam sendo atendidos em média 85 pacientes, onde em 13 destes necessitavam de internação, ficando hospitalizados em torno de 13 dias (HSVP, 2020).

Gráfico 3: Tipos de planos de saúde dos pacientes oncológicos do Hospital São Vicente de Paulo.



Fonte: O autor

5 CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, observou-se a prevalência do sexo masculino, com uma variedade nas idades encontradas, sendo maior a ocorrência em crianças com 3 anos de idade. Ainda, 60% tinham a mãe como principal acompanhante.

Referente ao ano de diagnóstico do câncer, a maior porcentagem foi no ano de 2020, ano este, da realização da pesquisa. Dos pacientes inclusos no estudo, a grande maioria possuía leucemia, seguido de neoplasias e linfomas.

Ainda, 46% das crianças/adolescentes eram provenientes de outros locais, ou seja, não residiam no local da realização do tratamento. Destes, a quimioterapia foi o tratamento mais prevalente, com 92% dos casos.

Em relação à fisioterapia, a média geral do número de sessões foi 48, onde 77% realizou tanto a fisioterapia motora, quanto a respiratória. A média de tempo de internação foi de dois meses.

Conclui-se então, que apesar de não ter se observado relação entre o tratamento fisioterapêutico e a diminuição no tempo de internação, sabe-se a importância que o profissional fisioterapeuta tem no acompanhamento destes pacientes, tanto durante, como após a realização do tratamento, promovendo melhora dos sintomas, independência funcional e conseqüentemente proporcionando uma melhor qualidade de vida. Ainda, ressalta-se a necessidade de uma equipe interdisciplinar para acompanhar estes indivíduos, proporcionando a eles diversas formas de tratamento para que se possa alcançar com êxito todos os objetivos relacionados aos mesmos.

REFERÊNCIAS

ANDERS, J. C.; SOUZA, A. I. J. Crianças e adolescentes sobreviventes ao câncer: desafios e possibilidades. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 131-137, 2009.

ARAÚJO, S. S. **Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes portadores de neoplasias acompanhados no Hospital de Câncer de Mato Grosso**. 2014. Dissertação (mestrado em saúde coletiva). Universidade Federal de Mato Grosso. 2014.

Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. Disponível em:<
<https://www.abrale.org.br/doencas/linfoma>>. Acesso em: 17 Maio. 2019.

BARON, M.C. Advances in care of children with brain tumors. **Journal of Neuroscience Nursing**, v. 23, n. 1, p. 39-43, 1991.

BITTENCOURT, R.; Leucemia Mielóide Aguda: perfil de duas décadas do Serviço de Hematologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS. **Revista Brasileira de hematologia e hemoterapia**, v. 25, n. 1, p. 17-24, 2003.

BITTENCOURT, R.; SCALETZKY, A.; BOEHL, J. A. R. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre-RS. **Revista brasileira cancerologia**, v. 50, n. 2, p. 95-101, 2004.

BRAGA, P. E. et al. Câncer na infância: análise comparativa da incidência, mortalidade e sobrevida em Goiânia (GO) e outros países. **Caderno de saúde pública**. v. 18, n. 1, 2002.

CARDOSO, J. S. **Percepção da qualidade de vida de sobreviventes de Linfoma de Hodgkin**. 2017. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Universidade de Brasília, 2017.

CAVICCHIOLI, A. C. et. al. Câncer infantil: o itinerário diagnóstico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 15, n. 5, 2007.

DAROLT, J. et. al. Diagnóstico cinesiológico-funcional de pacientes oncológicos internados no Hospital São José de Criciúma/SC. **Arquivos Catarinenses de medicina**. v. 40, n. 2, 2011.

DIEZ, A. M. El posicionamiento del fisioterapeuta pediátrico ante las dificultades que presentan algunas familias. **Sociedad Española de fisioterapia em pediatria**. 2011.

DINIZ, A. B. et al. Perfil epidemiológico do câncer infantil em população atendida por uma unidade de oncologia em Salvador-Bahia. **Revista de ciências médicas e biológicas**. v. 4, n. 2, p. 131-139, 2015.

EFFGEN, S. K. **Fisioterapia pediátrica: atendendo as necessidades das crianças**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

ELMAN, I.; SILVA, P. M. E. M.; Crianças Portadoras de Leucemia Linfóide Aguda: Análise dos Limiares de Detecção dos Gostos Básicos. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 53, n. 3, p. 297-303, 2007.

FARIA, L. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.17, n.1, p.69-87, 2010.

FARIAS, M. G.; CASTRO, S. M. Diagnóstico laboratorial das leucemias linfóides agudas. **Jornal Brasileiro de Patologia e medicina laboratorial**, v. 40, n.2, p. 91-98, 2004.

FIGUEIREDO, G. P. Z. et al. Perfil epidemiológico dos casos novos de câncer infanto-juvenil em hospital de referência no Espírito Santo, Brasil, de 1986 a 2010. **Revista Brasileira de pesquisa**. v. 15, n. 4, p. 109-120, 2015.

FUJISAWA, D. S.; MANZINI, E. J. Formação acadêmica o fisioterapeuta: a utilização das atividades lúdicas nos atendimentos de crianças. **Revista Brasileira edição especial Marília**. v. 12, n. 1, p. 65-84, 2006.

GARICOCHEA, B. Patogênese da leucemia linfocítica crônica. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 27, n. 4, p. 241-246, 2005.

GARNICA, M.; NUCCI, M.; Epidemiologia, tratamento e profilaxia das infecções na leucemia linfóide crônica. **Revista brasileira de hematologia e hemoterapia**, v. 24, n. 4, p. 290-300, 2005.

HADAS, T. C. et al. Câncer pediátrico: perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no serviço de oncologia pediátrica do hospital de clínicas da UFPR. **Revista de medicina**. v. 1, n. 4, p. 141-149, 2014.

HAMERSCHLAK N. Leukemia: genetics and prognostic factors. **Jornal de Pediatria**. v. 84, n. 4, 2008.

HINTZ, L. G.; CASTRO JUNIOR, C. G.; LUKRAFKA, J. L. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes em tratamento oncológico. **Revista Ciência & Saúde**. v. 12, n. 1, p. e3142, 2018.

Hospital São Vicente de Paulo. Disponível em: <www.hsvp.com.br>. Acesso em: 20 nov. 2020.

Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 09 Abr. 2019.

Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 12 Abr. 2019.

Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 01 Maio. 2019.

Instituto oncoguia. Disponível em: <www.oncoguia.org.br>. Acesso em: 17 de nov. 2020.

KHEIHURES, P. et al. The WHO Classification of tumors of the nervous system. **J Neuropathol Exp Neurol**, v. 61, n. 3, p. 215-225, 2002.

KISNER, C.; COLBY, L. A. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas**. São Paulo: Manole, 2005.

LAWS, E. R. Jr.; THAPAR, K., Brain tumors. **The new england jornal of medicine**, v. 43, n.5, p. 263-21, 1993.

LORENZI, T. F.; Síndromes mieloproliferativas. **Atlas de hematologia clínica hematológica ilustrada**. V.3, p. 433-464, 2006.

MACEDO, E. C. et. al. Sobrecarga e qualidade de vida de mães de crianças e adolescentes com doença crônica: revisão integrativa. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 23, n. 4, p. 769-777, 2015.

MAGNO. F. et. al. Terapia por exercício no decurso do tratamento oncológico pediátrico. **Pediatria moderna**. v. 18, n. 12, 2012.

MALTA, J. D. S.; SCHALLET, V. T. **Instrumento para a humanização do cuidado do câncer infanto-juvenil**. 2014. Dissertação (mestrado em saúde coletiva). Universidade Católica de Minas Gerais, 2012.

MANAFU, E. et. al. Retrospective Epidemiologic Research on prevalence of infections in surgically treated oncologic patients. **Revista medico-chirurgicala a Societati de Medici si Naturalist**. v. 119, n. 2, p. 522-528, 2015.

MARCHI, J. A. et al. Câncer infanto juvenil: perfil de óbitos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 5, 2013.

MARCUCCI. F. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de cancerologia**. v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.

MEDEIROS, E. G. M. S. et al. Repercussões do câncer infantil no cotidiano do familiar cuidador. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 2, 2014.

Ministério da saúde. Disponível em: <www.editora.saude.gov.br>. Acesso em: 17 de nov. 2020.

MORGAN, C. R. Oncologia pediátrica. **Fisioterapia pediátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MUTTI, C. F. et al. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes com câncer em um serviço de oncologia. **Revista Brasileira de cancerologia**. v. 64, n. 3, p. 293-300, 2018.

NASCIMENTO, A. S. M. Câncer infantojuvenil: perfil dos pacientes oncológicos atendidos na unidade de alta complexidade em oncologia (UNACON) em Rio Branco-Acre, Brasil, no ano de 2017. **Arquivos de ciências da saúde**. v. 24, n. 1, p. 35-39, 2020.

NOWELL, P.C.; HUNGERFORD, D. A. A minute chromosome in human chronic granulocytic leucemia. **Science**. v. 132, p. 1497, 1960.

OLIVEIRA, B. R. G. **Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família**. v. 7, n. 4, p. 95-102, 1999.

PEDROSA, M. F. et. al. Linfoma não-Hodgkin na infância: características clínico-epidemiológicas e avaliação de sobrevida em um único centro no Nordeste do Brasil. **Jornal de Pediatria**. v: 83, n. 6, 2007.

PESSINI, L. A fisiologia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. **Revista Mundo saúde**. v. 27, n. 1, p. 15-34, 2003.

PINHO, R. S. **Estudo epidemiológico de pacientes pediátricos com tumor do sistema nervoso central matriculados no instituto de oncologia pediátrica**. 2010. Tese (Mestrado em ciências). Universidade Federal de São Paulo, 2010.

Prevenção de câncer. Disponível em:<www.prevencaodocancer.com.br/fisioterapia-oncologica.html>Acesso em: 07 de nov. 2020.

RIOS, L. C. **Atuação da fisioterapia no câncer infantojuvenil**. 2014. Tese (mestrado em fisioterapia pediátrica e neonatal). Salvador-BA. 2014.

RODRIGUES, N. R. S.; **Avaliação das atividades de vida diária em pacientes com câncer de mama submetidas a tratamento cirúrgico**. 2016. Tese (doutorado em ginecologia, obstetrícia e mastologia). Universidade Estadual Paulista, 2016.

SAMPAIO, L. R. et. al. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 51, n. 4, p. 339-346, 2005.

SANTOS, M. A. S. et al. Tendências de morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. **Epidemiologia e serviços de saúde**. v. 24, n. 3, p. 389-298, 2015.

SARAGIOTTO, L. et. al. Neoplasia digestiva, baixo índice de massa corporal e perda de peso como indicadores do tempo de internação em pacientes portadores de neoplasias. **Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva**. v. 26, n. 2, p. 96-100, 2013.

SMITH, M. A. et al. Outcomes for children and adolescents with cancer: challenges for the twenty-first century. **Journal Clinical Oncology**. v.28, 2010.

SOUZA, R. R.; SANTOS, M. O.; THULER, L. C. S. Incidência de tumores pediátricos no Brasil. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 53, n. 1, p. 5-15, 2007.

STILLER, C. A.; NECTOUX, J. International Incidence of Childhood Brain and Spinal Tumours. **International Journal of Epidemiology**, v. 23, n. 3, p. 458-464, 1994.

TOLEDO, A. C. G. et. al. Mães que acompanham os filhos na hospitalização. **Psicologia, o portal dos psicólogos**. 2012.

TORRITESI, P.; VENDRÚSCULO, D. M. S. A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. **Revista Latino Americana**, v. 6, n. 4, p. 49-55, 1998.

VIANA, M. B. et al. Leucemia mielóide aguda na criança: experiência de 15 anos em uma única instituição. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n.6, 2003.

VIANA, W.S. et. al. Perfil clinicoepidemiológico de crianças e adolescentes com câncer entre 2008 e 2015 em um hospital filantrópico de Salvador-BA. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**. v. 6, n. 1, 2018.

ZAGO M., et. al. Hematologia: **Fundamentos e Prática**. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.

APÊNDICE A– FICHA PARA COLÉTA DE DADOS.

Registro de dados dos pacientes atendidos pelo serviço de oncologia infantojuvenil do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo/Rio Grande do Sul. Informações coletadas através do prontuário médico.

Nome: _____

Idade atual: _____

Sexo: _____

Cidade: _____

Responsável: _____

Diagnóstico de câncer/ano: _____

Tipo de câncer: _____

Nº de sessões de fisioterapia realizadas durante a internação: _____

Tempo de internação: _____

Tempo de tratamento: _____

Tipo de tratamento: _____

Plano de saúde: _____

Intervenção fisioterapêutica: _____

ANEXO A- TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)



Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Nós, Camila Regina Dill e Arthiese Korb, abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto de título análise das intervenção fisioterapêuticas em pacientes do setor oncológico infantojuvenil do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo no Rio Grande do Sul, durante o período de internação, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados pessoais coletados nos arquivos do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e as Resoluções CNS 466/12 e CNS 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Informo que os dados coletados dizem respeito a idade, sexo, tipo de câncer, responsável pelo paciente, cidade que reside, ano que foi diagnosticado com câncer, tempo de internação, tipo de tratamento, plano de saúde, número de sessões de fisioterapia realizadas durante a internação e intervenções fisioterapêuticas realizadas neste período que ocorreu em setembro de 2020.

Uma via deste documento fica com os pesquisadores e a outra com o representante da Instituição.

Erechim, 15 Julho de 2019.

Envolvidos na manipulação e coleta dos dados:

Nome completo	CPF	Assinatura
Camila Regina Dill	025.450.280.61	
Arthiese Korb	959.805.200-15	

ANEXO B – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TCLE



SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TCLE (PRONTUÁRIOS)

Eu, Arthiese Korb, CPF 95980520015, pesquisador(a) responsável pelo projeto de pesquisa análise das intervenções fisioterapêuticas realizadas em pacientes oncológicos do setor infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, durante o período de internação, cujo objetivo é analisar quais as intervenções fisioterapêuticas realizadas em pacientes do setor oncológico infanto-juvenil do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, durante o período de internação., venho solicitar junto ao CEP da URI - Câmpus de Erechim, a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme previsto no capítulo IV, inciso IV.8 da Resolução 466/12:

“Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento”.

Esclareço que o pedido de dispensa do TCLE está fundamentado na inviabilidade e impossibilidade de acesso individual/pessoal, ou via telefone aos prováveis participantes da pesquisa de forma a convidá-los para participar da

pesquisa, sendo que a sua forma de participação seria conceder a autorização para coletar dados do seu prontuário.

O motivo que impede o contato é pelo difícil acesso aos pacientes, pois os mesmos encontram-se em diferentes tipos de tratamento e deste modo as idas ao hospital são em períodos desigual. Bem como, a amostra inclui todas as crianças/jovens que realizam tratamento oncológico no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo.

Além do mais, o pedido se justifica e seu deferimento é medida oportuna e legal tendo em vista que a pesquisa trata-se de um estudo de caráter transversal, exploratório, descritivo de abordagem quantitativa. Não há riscos físicos e/ ou biológicos porque a coleta de dados foi realizada somente no prontuário, sem nenhum tipo de contato com os prováveis participantes da pesquisa. Bem como, a instituição onde realizou-se a pesquisa autorizo a realização da mesma sem precisar da assinatura do TCLE, sendo que já houve pela parte do Hospital São Vicente de Paulo, a autorização e aprovação para coleta da dados.

Declaro que me comprometo em garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados obtidos, preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante da pesquisa bem como a sua não estigmatização, além de não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e ou econômico financeiro.

Asseguro que foram estabelecidas salvaguardas seguras como: não expor o nome completo do paciente, somente as iniciais e também não será coletado o número do prontuário para confidencialidade dos dados da pesquisa.

Afirmo que os dados obtidos da pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista na metodologia da pesquisa.

Por fim, assumimos a responsabilidade pela fidedignidade das informações e aguardamos deferimento.

Sem mais, atentiosamente.

Erechim, 26 de Outubro de 2019.

Assinatura do pesquisador

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA



Passo Fundo, 04 de maio de 2020.

Declaração de Autorização de Pesquisa

O Hospital São Vicente de Paulo autoriza a realização do projeto de pesquisa intitulado **"Análise das Intervenções Fisioterapêuticas Realizadas em Pacientes do Setor Oncológico Infantojuvenil do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Durante o Período de Internação"**, cuja pesquisadora responsável é a dra. Arthiese Korb, condicionado a parecer positivo emitido por Comitê de Ética em Pesquisa do sistema CEP/CONEP.

Antes de iniciar a execução do projeto, o pesquisador responsável deverá disponibilizar cópia do parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa à secretária do Centro de Gerenciamento de Pesquisa do Hospital São Vicente de Paulo.

A direção ressalta a necessidade de cumprimento da legislação brasileira relativa à pesquisa envolvendo seres humanos, notadamente a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e disposições complementares, os Códigos de Ética profissionais e o Manual de Conduta Ética do Hospital São Vicente de Paulo na condução do projeto.



Dr. Ademar Basilio Nollmann
DIRETOR MÉDICO - TÉCNICO
CREMERS 8.073

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA

Termo de Autorização da Instituição

Eu Adroaldo Mallmann, abaixo assinado, responsável pelo setor de pesquisa do Hospital São Vicente de Paulo de Passo fundo, autorizo a realização do estudo análise das intervenções fisioterapêuticas realizadas em pacientes do setor oncológico infantojuvenil do hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, durante o período de internação, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Serão as seguintes atividades: coleta de dados através do prontuário médico dos pacientes, onde constarão informações como a idade, sexo, tipo de câncer, responsável pelo paciente, cidade que reside, ano que foi diagnosticado com câncer, tempo de internação, tipo de tratamento, tipo de medicamentos, tempo de tratamento, plano de saúde, número de sessões de fisioterapia realizadas durante a internação e intervenções fisioterapêuticas realizadas pelos fisioterapeutas durante o período de internação.

Declaro ainda ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e a CNS 510/16. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, possibilitando condições mínimas necessárias para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Erechim, _____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Lista Nominal de Pesquisadores:

Arthiese Korb

Camila Regina Dill

Observação: todos os pesquisadores que vierem a participar do estudo deverão ter o seu nome informado. Poderá ser vedado o acesso à Instituição às pessoas cujo nome não constar neste documento.