



ciência plural

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS DE UM CENTRO DE ONCOHEMATOLOGIA DE PERNAMBUCO

*Clinical-epidemiological profile of pediatric patients at a center of
oncohematology in Pernambuco*

*Perfil clínico-epidemiológico de pacientes pediátricos em um centro de
oncohematologia de Pernambuco*

Gabriela Laiza Candido da Silva • Universidade de Pernambuco •
E-mail: gabriela.laiza@upe.br

Hítalo Carlos Rodrigues de Almeida • Universidade de Pernambuco •
E-mail: hittalo.rodrigues@hotmail.com

Márcia Maria Fonseca da Silveira • Universidade de Pernambuco •
E-mail: marcia.silveira@upe.br

Ana Paula Veras Sobral • Universidade de Pernambuco •
E-mail: ana.sobral@upe.br

Autor correspondente

Hítalo Carlos Rodrigues de Almeida • E-mail: hittalo.rodrigues@hotmail.com

Submetido: 21/01/2023

Aprovado: 02/04/2023

RESUMO

Introdução: O câncer infantojuvenil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. **Objetivo:** Identificar os tipos de neoplasias mais frequentes na infância e adolescência e analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. **Metodologia:** Estudo de transversal exploratório, de natureza aplicada com análise documental, realizado no Centro de Oncohematologia Pediátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco. Foram incluídos crianças e adolescentes diagnosticados com neoplasia e tratados por terapia antineoplásica. Os critérios de exclusão foram crianças e adolescentes normorreativas e/ou com doenças sistêmicas; prontuários ilegíveis ou com falta de informações clínicas. **Resultados:** Identificou-se que 54,21% dos pacientes eram do sexo feminino, seguido por 44,86% do sexo masculino. A faixa etária prevalente no estudo foi a de crianças de 5 a 14 anos (54,21%), ainda sobre o perfil dos pacientes, identificou-se que população autodeclarada como negra foi a mais prevalente representando 44,86% do total, seguido dos brancos com 43,93%. O diagnóstico que prevaleceu foi o de Leucemia Linfóide Aguda (23,36%), seguido pela Retinoblastoma (7,48%) e pela Rbdomiossarcoma embrionário (6,54%), e consequentemente o local da neoplasia primária que prevaleceu foi a Medula óssea (27,10%) seguido do olho (10,28%), deste total nota-se que o tratamento antineoplásico mais utilizado foi a quimioterapia (40,19%) seguido da quimioterapia associada à radioterapia (12,15%) e pela quimioterapia associada a cirurgia (10,28%). **Conclusões:** A leucemia linfóide aguda foi a neoplasia mais frequente na infância e adolescência, com prevalência na idade entre 5 e 14 anos, no sexo feminino e na etnia negra. A terapia antineoplásica mais utilizada foi a quimioterapia, seguida da associação entre quimioterapia e radioterapia.

Palavras-Chave: Neoplasias; Carcinoma; Terapia Antineoplásica; Epidemiologia; Crianças; Adolescentes.

ABSTRACT

Introduction: Childhood cancer corresponds to a group of several diseases that have in common the uncontrolled proliferation of abnormal cells and that can occur anywhere in the body. **Objective:** Identify the most frequent types of neoplasms in childhood and adolescence and analyze the clinical-epidemiological profile of patients. **Methodology:** Exploratory cross-sectional study, applied in nature with document analysis, carried out at the Pediatric Oncohematology Center of Oswaldo Cruz University, Recife, Pernambuco. Children and adolescents diagnosed with neoplasia and treated with antineoplastic therapy were included. Exclusion criteria were normoreactive children and adolescents and/or with systemic diseases; illegible medical records or lacking clinical information. **Results:** It was identified that 54.21% of the patients were female, followed by 44.86% male. The prevalent age group in the study was children from 5 to 14 years old (54.21%), still regarding the patients' profile, it was identified that the population self-declared as black was the most prevalent, representing 44.86% of the total, followed by of whites with 43.93%. The diagnosis that prevailed was Acute Lymphoid Leukemia (23.36%), followed by Retinoblastoma

(7.48%) and Embryonic Rhabdomyosarcoma (6.54%), and consequently, the site of the primary neoplasm that prevailed was Bone marrow (27.10%) followed by the eye (10.28%), of this total it is noted that the most used anticancer treatment was chemotherapy (40.19%) followed by chemotherapy associated with radiotherapy (12.15%) and chemotherapy associated with surgery (10.28%). **Conclusions:** Acute lymphoblastic leukemia was the most frequent neoplasm in childhood and adolescence, with a prevalence between 5 and 14 years of age, in females, and black ethnicity. The most used antineoplastic therapy was chemotherapy, followed by the association between chemotherapy and radiotherapy.

Keywords: Neoplasms; Carcinoma; Antineoplastic Therapy; Epidemiology; Child; Adolescent.

RESUMEN

Introducción: El cáncer infantil corresponde a un grupo de varias enfermedades que tienen en común la proliferación descontrolada de células anormales y que pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo. **Objetivo:** Identificar los tipos de neoplasias más frecuentes en la infancia y la adolescencia y analizar el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes. **Metodología:** Estudio transversal exploratorio, aplicado en la naturaleza con análisis de documentos, realizado en el Centro de Oncohematología Pediátrica del Hospital Universitario Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco. Se incluyeron niños y adolescentes con diagnóstico de neoplasia y tratados con terapia antineoplásica. Los criterios de exclusión fueron niños y adolescentes normorreactivos y/o con enfermedades sistémicas; registros médicos ilegibles o carentes de información clínica. **Resultados:** Se identificó que el 54,21% de los pacientes eran del sexo femenino, seguido del 44,86% del masculino. El grupo etario prevalente en el estudio fueron los niños de 5 a 14 años (54,21%), en cuanto al perfil de los pacientes, se identificó que la población autodeclarada afrodescendiente fue la más prevalente, representando el 44,86% del total, seguido de los blancos con un 43,93%. El diagnóstico que predominó fue Leucemia Linfocítica Aguda (23,36%), seguido de Retinoblastoma (7,48%) y Rhabdomyosarcoma Embrionario (6,54%), y en consecuencia el local de la neoplasia primaria que predominó fue Médula Ósea (27,10%) seguido de ocular (10,28%), de este total se destaca que el tratamiento anticancerígeno más utilizado fue la quimioterapia (40,19%) seguida de la quimioterapia asociada a radioterapia (12,15%) y la quimioterapia asociada a cirugía (10,28%). **Conclusiones:** La leucemia linfoblástica aguda fue la neoplasia más frecuente en la infancia y la adolescencia, con prevalencia entre los 5 y los 14 años, en el sexo femenino y en la etnia negra. La terapia antineoplásica más utilizada fue la quimioterapia, seguida de la asociación entre quimioterapia y radioterapia.

Palabras clave: Neoplasias; Carcinoma; Terapia Antineoplásica; Epidemiología; Niños; Adolescentes.

Introdução

O câncer é um dos problemas de saúde pública mais complexos, tendo em vista a sua relevância epidemiológica, social e econômica¹. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em 2030 chegaremos à marca mundial de 23,6 milhões de novos casos de câncer².

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), câncer é um termo que engloba mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas, todos esses tipos possuem em comum o crescimento desordenado das células, este crescimento pode invadir tecidos adjacentes ou até mesmo órgãos a distância^{3,4}. O câncer infantojuvenil, assim como os demais tipos, é definido como um grupo de doenças identificado pela multiplicação desordenada de células atípicas e de ocorrência em qualquer local do corpo⁵.

Em países desenvolvidos o câncer é a principal causa de óbito infantil, sendo um grande problema de saúde pública, tendo impacto físico e psicossocial nas crianças e famílias afetada⁶. No Brasil, o câncer se encontra na oitava posição entre as causas de óbito em crianças de 0 a 4 anos, e foi a principal causa de morte na faixa etária de 5 a 19 anos^{5,6}.

As neoplasias que acometem crianças e adolescentes devem ser estudadas separadamente, pois estas diferem dos tumores que acometem os adultos, tanto quanto ao comportamento clínico, localizações primárias e os aspectos morfológicos⁴. Essas neoplasias podem variar segundo o tipo histológico, localização de origem, sexo, idade e raça⁴.

Ao contrário do câncer no adulto, o câncer que acomete a população infantojuvenil afeta as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação. São predominantemente originados por células embrionárias, células indiferenciadas, o que possibilita melhor respostas aos tratamentos instituídos, além disso, possuem curto período de latência e crescimento rápido².

Steliarova-Foucher et al. (2005)⁷ propôs a classificação de câncer que é utilizada pelos registros populacionais, segundo ele, a classificação das neoplasias está dividida

em 12 grupos: I. Leucemias, doença mieloproliferativa e doenças mielodisplásicas; II. Linfomas e neoplasias reticuloendoteliais; III. SNC e miscelânea de neoplasias intracranianas e intraespinhais; IV. Neuroblastoma e outros tumores de células nervosas periféricas; V. Retinoblastoma; VI. Tumores renais; VII. Tumores hepáticos; VIII. Tumores ósseos malignos; IX. Tecidos moles e outros sarcomas extra-ósseos; X. Tumores de células germinativas, tumores trofoblásticos e neoplasias gonadais; XI. Outras neoplasmas malignas epiteliais e outros melanomas malignos; XII. Outras neoplasias malignas e não especificadas.

As neoplasias mais recorrentes na faixa etária infantojuvenil são as leucemias, onde a leucemia aguda é a principal dentre elas, em seguida os tumores do sistema nervoso central representam o segundo grupo mais prevalente, e por fim o linfoma, representa um dos três grupos de neoplasias mais comum nessa faixa etária¹.

Devido as suas características o câncer infantojuvenil é considerado altamente curável, sobretudo quando há o diagnóstico precoce e o tratamento apropriado em tempo oportuno⁸. Os profissionais de saúde da atenção básica possuem um papel fundamental para a identificação dos casos precocemente e a realização do devido encaminhamento para centros de referências para a utilização de recursos terapêuticos específicos para a faixa etária⁹. Nos últimos anos, a utilização de tratamentos combinados, como a cirurgia, quimioterapia e radioterapia no tratamento do câncer infanto juvenil vem aumentando a sobrevida dos pacientes¹⁰.

O Centro de OncoHematologia Pediátrica (CEONHPE) do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) é referência para o tratamento de crianças e adolescentes com câncer em Pernambuco. Visto isso, torna-se necessário pesquisas que tenham como propósito analisar o perfil dessa população para promover desenvolvimento, hipóteses de estudos e auxílio no desenvolvimento de metas para a melhoria do serviço. Desta forma, o objetivo do presente estudo foi relatar as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes do Programa de Atendimento aos Curados (PAC) do CEONHPE-HUOC, identificando os tipos de neoplasias mais frequentes na infância e adolescência.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal exploratório, de natureza aplicada com análise documental, realizado no Centro de Oncohematologia Pediátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (CEONHPE-HUOC), localizado na cidade de Recife, Pernambuco. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco sob número de Parecer 205/06. Todos os pacientes foram informados sobre o teor da pesquisa constado no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Para análise dos dados a serem utilizados, foram selecionados os prontuários de pacientes atendidos no Programa de Atendimento aos Curados (PAC) do CEONHPE-HUOC no período de 2004 a 2005, atual CEON (Centro de Oncologia). Os dados fazem parte de uma dissertação de mestrado e a coleta das informações nos prontuários e tabulação dos dados foram realizadas em 2021 por um único pesquisador. Adotou-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- A) **Critérios de inclusão:** Crianças e Adolescentes diagnosticados com neoplasia e tratados por terapia antineoplásica.
- B) **Critérios de exclusão:** Crianças e Adolescentes normorreativas e/ou com doenças sistêmicas; Prontuários ilegíveis ou com falta de informações clínicas.

Para criação de um perfil clínico dos pacientes, registrou-se informações como: sexo, idade, raça/cor, tipo de doença, local da neoplasia e tipo de tratamento terapêutico utilizado. Todos os dados foram estruturados de forma numérica. Antes de preenchimento da base de dados para análise, foi feito um processo de mascaramento dos dados clínicos, as variáveis localizadas nas fichas clínicas foram imputadas em um banco de dados interno do estudante pesquisador, e atribuído de identificador numérico, evitando assim a exposição dos dados do paciente e mantendo os critérios ético de preservação e seguridade dos dados clínicos. Foram coletados os dados de sexo, idade, raça, doença diagnosticada, local da neoplasia e tipo de tratamento.

Após definição do grupo de dados a ser utilizado, foi feito o input do banco de dados no programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 20.0 onde os dados foram submetidos inicialmente à análise descritiva, onde foi feita uma análise de correlação bivariada. Para realização das análises, com base nos dados coletados, o campo idade foi agrupado em cinco categorias, sendo elas:

- a) Paciente menor de 1 ano (<1);
- b) Paciente de 1 a 4 anos (1 - 4);
- c) Paciente de 5 a 9 anos (5-9);
- d) Paciente de 10 a 14 anos (10-14);
- e) Paciente de 15 a 19 anos (15-19);

Com este agrupamento de dados finalizado, deu-se início ao processo de correlação entre os campos de dados imputados na tabela. Para alcançar os objetivos propostos, em primeiro lugar foi desenhado um perfil clínico dos pacientes, agrupados por Sexo, Idade e Raça. Logo após os relacionamentos foram feitos com: a) tipo de diagnóstico, local de neoplasia e tratamento antineoplástico; b) tipo de diagnóstico, sexo e etnia; c) tipo de diagnóstico e idade; d) tipo de diagnóstico, sexo e idade; e e) Tratamento Antineoplástico, sexo e idade. Após tabulação das informações, os dados foram submetidos a análise estatística descritiva.

Resultados e Discussão

O presente trabalho analisou 109 fichas de pacientes do serviço de Oncologia do Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP), destes, foram excluídas 2 fichas por não se enquadrarem no critério de inclusão. Visando o alcance dos objetivos elencados no trabalho, foi realizada uma análise do perfil clínico dos pacientes submetidos a tratamentos antineoplásticos com idade variáveis de 0 a 19 anos. O sexo feminino foi o mais frequente na amostra com 54,21% seguido de 44,86% do masculino e 0,93 % representam os dados em branco. Deste total, nota-se ainda que 43,93% dos pacientes

identificaram-se como Branco, 44,86% como negros e 11,21% não responderam e/ou não disponibilizaram a informação étnico-racial.

Quanto a idade dos pacientes submetidos a análise, a maioria compôs o grupo da faixa etária de 10 a 14 anos, representando 28,04% do total de entrevistados, seguido do grupo de 5 a 9 anos, com 26,17% do total, 1 a 4 com 20,56%, 15 a 19 com 19,63% e os pacientes com menos de 1 ano representaram 5,61% do total entrevistado. Isto exposto, com base no espelho desses dados podemos afirmar que a população com maior prevalência no estudo foi de crianças e adolescentes com idades entre 5 a 14 anos, juntos, esse grupo representou 54,21% do total coletado, tornando-se o maior grupo de análise.

Observa-se que o diagnóstico mais prevalente foi de Leucemia Linfóide Aguda 25 (23,36%), seguido pela Retinoblastoma 8 (7,48%) e pela Rabdomiossarcoma embrionário 7 (6,54%). Os pacientes avaliados foram submetidos principalmente à quimioterapia 43 (40,19%) seguidos pela quimioterapia associada à radioterapia 13 (12,15%) e pela quimioterapia associada a cirurgia 11 (10,28%). Quando avaliado o local de neoplasia primária, as maiores prevalências estão nas categorias medula óssea 29 (27,10%) e olho 11 (10,28%) estas informações estão disponíveis na tabela 1.

Além disso, a amostra foi composta por um maior percentual de pessoas do gênero feminino 58 (54,21%), que em sua maioria (17) foram diagnosticados entre os 10 e 14 anos.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo tipo de diagnóstico, local de neoplasia e tratamento antineoplástico. Recife-PE, 2021.

Tipo de Diagnóstico	(n = 107)	
	n	%
Leucemia linfóide aguda	25	23,36%
Retinoblastoma	8	7,48%
Rabdomiossarcoma embrionário	7	6,54%
Linfoma de burkitt	5	4,67%
Osteossarcoma	5	4,67%
Em branco	17	15,89%
Outros	40	37,38%
Local de Neoplasia Primária	(n = 107)	
	n	%
Medula óssea	29	27,10%

Olho	11	10,28%
Abdomen	6	5,61%
Outros	27	25,23%
Em branco	34	31,78%
Tratamento Antineoplásico	(n = 107)	
	n	%
Quimioterapia	43	40,19%
Quimioterapia + Radioterapia	13	12,15%
Quimioterapia + Cirurgia	11	10,28%
Quimioterapia + Cirurgia + Radioterapia	4	3,74%
Radioterapia	1	0,93%
Cirurgia	1	0,93%
Em branco	34	31,78%

Fonte: Os autores (2022)

Realizando o cruzamento entre o tipo de diagnóstico e o sexo (Tabela 2) nota-se a maior prevalência de leucemia linfóide aguda e de retinoblastoma no sexo feminino com 18 e 5, respectivamente (72,0% e 62,5% em cada caso). Quando analisado o cruzamento entre o tipo de diagnóstico com a etnia dos entrevistados, a maior preponderância de leucemia linfóide está entre as pessoas de pele negra 12 (48,0%), mesmo cenário para os diagnosticados com retinoblastoma 4 (50,0%).

Tabela 2 – Cruzamento entre tipo de diagnóstico, sexo e etnia. Recife-PE, 2021.

Tipo de Diagnóstico	Sexo			Total	Etnia			Total
	Em branco	Masculino	Feminino		Em branco	Branca	Negra	
Leucemia linfóide aguda	0 0,0%	7 28,0%	18 72,0%	25 100,0%	3 12,0%	10 40,0%	12 48,0%	25 100,0%
Retinoblastoma	0 0,0%	3 37,5%	5 62,5%	8 100,0%	1 12,5%	3 37,5%	4 50,0%	8 100,0%
Rabdomiossarcoma embrionário	0 0,0%	5 71,4%	2 28,6%	7 100,0%	0 0,0%	4 57,1%	3 42,9%	7 100,0%
Linfoma de burkitt	0 0,0%	2 40,0%	3 60,0%	5 100,0%	0 0,0%	5 100,0%	0 0,0%	5 100,0%
Osteossarcoma	0 0,0%	2 40,0%	3 60,0%	5 100,0%	0 0,0%	2 40,0%	3 60,0%	5 100,0%
Outros	0 0,0%	23 57,5%	17 42,5%	40 100,0%	3 7,5%	16 40,0%	21 52,5%	40 100,0%
Em branco	1 5,9%	6 35,3%	10 58,8%	17 100,0%	5 29,4%	7 41,2%	5 29,4%	17 100,0%

Fonte: Os autores (2022)

Na junção entre idade de diagnóstico e seu tipo (tabela 3), existe uma proximidade na frequência entre o diagnóstico de leucemia com as idades 5 - 9 e 10 - 14, a primeira obteve maior repetição 8 (32,0%) enquanto a segunda atingiu 6 (24,0%).

Tabela 3 - Cruzamento entre tipo de diagnóstico e idade dos pacientes. Recife-PE, 2021.

Tipo de Diagnóstico	Idade					Total
	<1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	
Leucemia linfóide aguda	4 16,0%	4 16,0%	8 32,0%	6 24,0%	3 12,0%	25 100,0%
Retinoblastoma	2 25,0%	3 37,5%	2 25,0%	1 12,5%	0 0,0%	8 100,0%
Rabdomiossarcoma embrionário	0 0,0%	2 28,6%	1 14,3%	3 42,9%	1 14,3%	7 100,0%
Linfoma de burkitt	0 0,0%	0 0,0%	2 40,0%	1 20,0%	2 40,0%	5 100,0%
Osteossarcoma	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 60,0%	2 40,0%	5 100,0%
Outros	2 5,0%	6 15,0%	8 20,0%	13 32,5%	11 27,5%	40 100,0%
Em branco	2 11,8%	3 17,6%	7 41,2%	3 17,6%	2 11,8%	17 100,0%

Fonte: Os autores (2022)

Avaliando agora o cruzamento das variáveis sexo, tipo de diagnóstico leucemia linfóide aguda e idade (tabela 4), o maior destaque vai para o sexo feminino, que representou 33,3% dos casos na idade de diagnóstico entre 5 e 9 anos. No sexo masculino, ponderando o mesmo diagnóstico supracitado, existe um empate triplo nas idades entre 5 a 19 anos (28,6%).

Tabela 4 – Cruzamento entre tipo de diagnóstico, sexo e idade. Recife-PE, 2021.

Sexo	Tipo de Diagnóstico	Idade					Total
		<1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	
Em branco	Em branco	1	0	0	0	0	0
		100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Masculino	Leucemia linfóide aguda	0	1	2	2	2	7
		0,0%	14,3%	28,6%	28,6%	28,6%	100,0%
	Retinoblastoma	0	1	1	1	0	3
		0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	100,0%
	Rabdomiossarcoma embrionário	0	1	1	2	1	5
		0,0%	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	100,0%
	Linfoma de burkitt	0	0	2	0	0	2
		0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Osteossarcoma	0	0	0	0	2	2
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Outros	0	3	5	8	7	23	
	0,0%	13,0%	21,7%	34,8%	30,4%	100,0%	
Em branco	1	2	2	0	1	6	
	16,7%	33,3%	33,3%	0,0%	16,7%	100,0%	
Feminino	Leucemia linfóide aguda	4	3	6	4	1	18
		22,2%	16,7%	33,3%	22,2%	5,6%	100,0%
	Retinoblastoma	2	2	1	0	0	5
		40,0%	40,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Rabdomiossarcoma embrionário	0	1	0	1	0	2
		0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	Linfoma de burkitt	0	0	0	1	2	3
		0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	Osteossarcoma	0	0	0	3	0	3
		0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Outros	2	3	3	5	4	18	
	11,1%	16,7%	16,7%	27,8%	22,2%	100,0%	
Em branco	0	1	5	3	1	10	
	0,0%	10,0%	50,0%	30,0%	10,0%	100,0%	

Fonte: Os autores (2022)

Tabela 5 – Cruzamento entre tipo de Tratamento Antineoplásico, sexo e idade. Recife-PE, 2021.

Sexo	Tratamento Antineoplásico	Idade					Total
		<1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	
Em branco	Em branco	1	0	0	0	0	1
		100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Masculino	Quimioterapia	1	3	5	3	3	15
		6,7%	20,0%	33,3%	20,0%	20,0%	100,0%
	Radioterapia	0	2	5	6	5	18
		0,0%	11,1%	27,8%	33,3%	27,8%	100,0%
	Quimioterapia + Radioterapia	0	0	0	0	1	1
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Quimioterapia + Cirurgia	0	2	1	2	2	7
		0,0%	28,6%	14,3%	28,6%	28,6%	100,0%
	Quimioterapia + Cirurgia + Radioterapia	0	0	2	1	2	5
		0,0%	0,0%	40,0%	20,0%	40,0%	100,0%
Em branco	Em branco	0	1	0	1	0	2
		0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	100,0%
Feminino	Quimioterapia	1	3	6	6	1	17
		5,9%	17,6%	35,3%	35,3%	5,9%	100,0%
	Cirurgia	4	5	6	7	3	25
		16,0%	20,0%	24,0%	28,0%	12,0%	100,0%
	Quimioterapia + Radioterapia	0	0	0	1	0	1
		0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Quimioterapia + Cirurgia	0	0	3	2	1	6
		0,0%	0,0%	50,0%	33,3%	16,7%	100,0%
	Quimioterapia + Cirurgia + Radioterapia	3	1	0	0	2	6
		50,0%	16,7%	0,0%	0,0%	33,3%	100,0%
Em branco	Em branco	0	1	0	1	0	2
		0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	100,0%

Fonte: Os autores (2022)

Conclusões

A leucemia linfóide aguda foi a neoplasia mais frequente na infância e adolescência, com prevalência na idade entre 5 e 14 anos, no sexo feminino. A terapia antineoplásica mais utilizada foi a quimioterapia, seguida da associação entre quimioterapia + radioterapia.

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.
2. World Health Organization-WHO. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2008: cancer incidence and mortality worldwide. Lyon: IARC, 2010. (IARC Cancer Base, 10). Disponível em: < <http://globocan.iarc.fr> >. Acesso em: 21 jan 2022.
3. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). TNM: classificação de tumores malignos. Tradução Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254 p.
4. Instituto Nacional de Câncer, José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2021.
5. Siegel R, DeSantis C, Virgo K, Stein K, Mariotto A, Smith T, Cooper D, Gansler T, Lerro C, Fedewa S, Lin C, Leach C, Cannady RS, Cho H, Scoppa S, Hachey M, Kirch R, Jemal A, Ward E. Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2012 Jul-Aug; 62(4):220-41.
6. Dang-Tan T, Franco EL. Diagnosis delays in childhood cancer: a review. *Cancer.* 2007 Aug 15;110(4):703-13.
7. Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. International Classification of Childhood Cancer, third edition. *Cancer.* 2005 Apr 1;103(7):1457-67.
8. Grabois MF, Oliveira EX, Carvalho MS. Childhood cancer and pediatric oncologic care in Brazil: access and equity. *Cad Saude Publica.* 2011 Sep; 27(9):1711-20.
9. Magalhães IQ, Gadelha MIP, Macedo CD, Cardoso TC. A Oncologia Pediátrica no Brasil: Por que há Poucos Avanços? *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2019 Abr; 62(4):337-341.
10. Pritchard-Jones K, Pieters R, Reaman GH, Hjorth L, Downie P, Calaminus G, Naafs-Wilstra MC, Steliarova-Foucher E. Sustaining innovation and improvement in the treatment of childhood cancer: lessons from high-income countries. *Lancet Oncol.* 2013 Mar; 14(3):e95-e103.