INSTITUTO MATERNO-INFANTIL
PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA

PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE MATERNO INFANTIL

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS RELACIONADAS ÀS NEOPLASIAS MALIGNAS PEDIÁTRICAS MAIS FREQUENTES: AVALIANDO OS ESTUDANTES DE UMA FACULDADE DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

CYNTHIA DE ARAÚJO BARROS

Recife - 2008

CYNTHIA DE ARAÚJO BARROS

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS RELACIONADAS ÀS NEOPLASIAS MALIGNAS PEDIÁTRICAS MAIS FREQUENTES: AVALIANDO OS ESTUDANTES DE UMA FACULDADE DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

Linha de pesquisa: Saúde da criança

Dissertação apresentada ao Colegiado do Mestrado em Saúde Materno-Infantil do IMIP como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Isabella Chagas Samico

Co-orientadora : Kátia Vírginia de Oliveira Feliciano

Recife - 2008

DEDICATÓRIA

Dedicatórias

Aos meus pais José Barbosa (in memorian) e Risonita,
Que desde muito cedo me ensinaram a importância do estudo e dedicação ao que escolhe.
São exemplo de caráter e companheirismo.

Ao meu marido Gilberto,
Pela ajuda e torcida silenciosas, com amor e paciência

Aos meus filhos Beatriz, Arthur e Gustavo,
Pois significam tudo para mim

Ao meu sobrinho Felipe,
Médico recém formado e que muito me ajudou nesta pesquisa. Que ele perceba e pratique a verdadeira Medicina.

Aos médicos recém formados e estudantes de Medicina desta pesquisa,
Que eles realizem seus sonhos ...

Erro! Não é possível criar objetos a partir de códigos de campo de edição.

AGRADECIMENTOS

Ao CEHOPE, pelo apoio e liberação para o Mestrado

Às médicas e amigas da Oncologia, que colaboram com o crescimento pessoal e pela convivência diária

À Dr Francisco Pedrosa, pela oportunidade e pelos ensinamentos de Oncologia e de vida.

À Isabella Samico, por sua calma e incentivo

À Kátia Feliciano, pela constante ajuda e sabedoria na elaboração deste trabalho

À Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco, especialmente à coordenadora do Curso Médico, Dra Dione Tavares Maciel, pela permissão e ajuda na realização desta dissertação.

Ao Dr Raul Ribeiro, pelo apoio na busca bibliográfica

Ao Professor José Natal Figueiroa, pela disponibilidade

Aos professores do Mestrado, por nos ensinar uma nova visão

Aos colegas da Turma 12, pelo companheirismo

A Hélio Monteiro, sempre presente e eficiente na elaboração deste e outros trabalhos.

À Margarida Antunes, sempre prestativa, em qualquer hora

Aos meus amigos e familiares, que entenderam minha ausência e ajudaram tantas vezes

Muito obrigada a todas as pessoas que de alguma forma participaram ...

Erro! Não é possível criar objetos a partir de códigos de campo de edição.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CISAM	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
HUOC	Hospital Universitário Oswaldo Cruz.
IMIP	Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira
LLA	Leucemia Linfóide Aguda
LMA	Leucemia Mielóide Aguda
LNH	Linfoma Não Hodgkin
PRO ONCO	Pro Oncologia
PSA	Antígeno Prostático Específico
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
UPE	Universidade de Pernambuco

Erro! Não é possível criar objetos a partir de códigos de campo de edição.

LISTA DE TABELAS

Página``

Tabela 1.	Características sócio-demográficas, segundo o período do curso de medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007	32
Tabela 2.	Perfil dos rodízios obrigatórios e experiência de contato com câncer pediátrico, segundo o período do curso de medicina, Recife, Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas- outubro de 2006 - maio de 2007	33
Tabela 3.	Perfil das atividades extracurriculares e experiência de contato com câncer pediátrico, segundo o período do curso de medicina, Faculdade de Ciências Médicas Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007.	34

Tabela 4. Formas de acesso ao conhecimento em oncologia pediátrica durante atividades curriculares, segundo o período do curso de medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007 35

Tabela 5. Outras formas de acesso ao conhecimento em oncologia pediátrica, segundo o período do curso de medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007. 36

Tabela 6. Distribuição dos percentuais de correção, incorreção e indecisão nas respostas relacionadas à epidemiologia do câncer pediátrico, entre estudantes de medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007 37

Tabela 7. Distribuição dos percentuais de correção, incorreção e indecisão nas respostas relacionadas à clínica e ao laboratório no câncer pediátrico, entre estudantes de medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007 39

Tabela 8. Respostas corretas relacionadas à epidemiologia do câncer pediátrico, segundo o período do curso de medicina, Faculdade de Ciências Médicas Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007 40

Tabela 9. Respostas corretas relacionadas à clínica e ao laboratório no câncer pediátrico, segundo o período do curso de medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007 42

Tabela 10. Relação do número total de respostas corretas (do total de 12) em relação ao período, Faculdade de Ciências Médicas, Recife-Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007. 43

Tabela 11. Respostas corretas relacionadas à epidemiologia, clínica e laboratório no câncer pediátrico, segundo realização de rodízio obrigatório em Emergência Pediátrica. Faculdade de Ciências Medicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007 44

Tabela 12. Auto-avaliação do estudante quanto ao conhecimento e à capacidade de suspeição de casos de câncer pediátrico, segundo o período do curso de medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007. 45

Tabela 13. Auto-avaliação do estudante da necessidade e do interesse em adquirir conhecimento em oncologia pediátrica, segundo o período do curso de medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007 46

Tabela 14. Auto-avaliação do estudante sobre o conhecimento e a capacidade de suspeição de casos de câncer pediátrico, segundo 47

a perspectiva de inserção no mercado de trabalho, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007

Tabela 15. Auto-avaliação do estudante sobre a necessidade e interesse em adquirir conhecimento, segundo a perspectiva de inserção no mercado de trabalho, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007 48

Tabela 16 Respostas corretas relacionadas à epidemiologia, à clínica e ao laboratório do câncer pediátrico entre estudantes de medicina, segundo a perspectiva de inserção no mercado de trabalho, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007 49

.

Tabela 17 Relação entre auto-avaliação de estudantes do conhecimento e capacidade de suspeição do câncer pediátrico e número de acertos nos aspectos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais, Faculdade de Ciências Médicas- Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007 50

Tabela 18 Relação entre auto-avaliação de estudantes de medicina sobre necessidade e interesse de adquirir conhecimentos em oncologia pediátrica e o número de acertos nos aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007 51

Erro! Não é possível criar objetos a partir de códigos de campo de edição.

RESUMO

INTRODUÇÃO: é reconhecido que a medida mais eficaz para o sucesso do tratamento do câncer pediátrico a ser realizado pelo médico generalista é o encaminhamento precoce à um centro de referência.O retardo do diagnóstico destas doenças é uma realidade nos países em desenvolvimento, e é um dos responsáveis pelo aumento da mortalidade. Preparar os futuros médicos, independente de sua especialidade, é uma forma de garantir o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer pediátrico e início precoce do tratamento, com melhor prognóstico.

OBJETIVOS: avaliar os conhecimentos e práticas dos estudantes de Medicina de uma Faculdade de Pernambuco em relação ao diagnóstico precoce das neoplasias malignas mais freqüentes na pediatria e avaliar a associação com a pretensão de inserção no mercado de trabalho, as formas de conhecimentos obtidas e atividades curriculares e extracurriculares e com auto-avaliação do conhecimento, capacidade de suspeição, interesse e necessidade de informações sobre o assunto.

MÉTODOS: realizou-se um estudo descritivo com 82 estudantes que haviam realizado rodízio curricular em pediatria e das turmas pós reforma curricular (2001) até o momento da coleta de dados, maio de 2007. Foi utilizado um questionário estruturado e auto-aplicável. O programa utilizado foi o EPI-INFO 6.0. Na análise dos dados, obteve-se uma listagem de distribuição de freqüência das variáveis e a significância de associação foi testada em algumas, utilizando o valor de p através do Teste exato de Fisher, com um intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS: mais da metade dos estudantes pretendem trabalhar como médicos logo após a conclusão do curso, sendo na maioria em Clínica Geral e em Estratégia de Saúde da Família. A maioria referiu contato com câncer pediátrico, especialmente em enfermaria. Poucos relataram atividades extracurriculares em pediatria. Discussão de casos clínicos foi referida como a principal forma de ensino. Cerca de 60% dos internos obtiveram uma média de acerto de 50% das questões referentes à epidemiologia, clínica e laboratório, porém cerca de 32% obtiveram menos da metade de acertos nestas questões. Não houve diferenças estatisticamente significantes em relação à realização do rodízio obrigatório em emergência pediátrica. Os estudantes se avaliaram com pouco conhecimento em oncologia pediátrica, mas julgam ter uma boa capacidade de suspeição, grande interesse e necessidade do assunto.

CONCLUSÕES: os estudantes necessitam maior preparo no tema, visto que grande parte pretender trabalhar imediatamente após a conclusão do curso.

PALAVRAS-CHAVE: Oncologia Pediátrica, Educação Médica, Conhecimento, Diagnóstico Precoce, Currículo Medico.

Erro! Não é possível criar objetos a partir de códigos de campo de edição.

ABSTRACT

INTRODUCTION: It is known that early reference of Pediatric cancer case by a general medical doctor is the most effectiveness procedure to a successful treatment. The delay on the diagnosis of these diseases is a reality in developing countries and it is one of the factors for mortality increase. It is fundamental to train future medical doctors, apart from their specialization, in order to assure them in recognizing the signs and symptoms in Pediatric cancer, at an early treatment and with better prognostics.

OBJECTIVES: To evaluate the knowledge and practices of medical students at a Medicine College in Pernambuco State about early diagnosis of the most frequent Pediatric cancer and to associate this knowledge with the intention of inserting in the work context, types of knowledge and curriculum and extra-curriculum activities, self evaluation, conception capacity, interest and information requirements on the subject.

METHODS: Descriptive study with 82 students from the curriculum reform groups (2001) and that had already concluded their Pediatric training until data collecting in May 2007. A structured and self answered questionnaire was used. For data analysis, software Epi-Info 6.0 was used. Frequency distribution of variables was elaborated and a Fisher Test was used to calculate the association of some variables.

RESULTS: Most of the students intend to work as medical doctors immediately after the conclusion of the course at General clinics and Family Health Strategy. Most of them

informed having contact with Pediatric cancer cases, specifically on in-patients department. Few of them referred extra-curriculum Pediatrics activities. The main teaching strategy was discussions on clinical cases. Students achieved an average of 56,4% of correct answers for epidemiological, clinical and laboratory aspects. It was considered satisfactory with better performance of those in the 11th semester course. There were no statistically significant differences in relation to the compulsory training in Pediatrics emergency. Students evaluated themselves as having a little knowledge in Pediatric Oncology, but with a good conception capacity, great interest and needs about the subject.

CONCLUSIONS:. The students need to be better prepared about the subject since most of them intend to work immediately after their conclusion in medicine course.

KEY WORDS: Pediatric Oncology, Medical Education, Knowledge, Early Diagnosis, Medical, Curriculum.

Erro! Não é possível criar objetos a partir de códigos de campo de edição.

SUMÁRIO

		Página
	DEDICATÓRIA	II
	AGRADECIMENTOS	III
	LISTA DE ABREVIATURAS	V
	LISTA DE TABELAS	VI
	RESUMO	VIII
	ABSTRACT	IX
1	**INTRODUÇÃO**	01
1.1	**Câncer infantil: magnitude do problema e relevância social**	01
1.2	**Diagnóstico precoce das principais neoplasias malignas pediátricas**	03
1.3	**Importância do ensino da oncologia pediátrica**	10
2	**JUSTIFICATIVA**	18
3	**OBJETIVOS**	20
2.1	**Objetivo Geral**	20
2.2	**Objetivos Específicos**	20
4	**MÉTODOS**	21
4.1	**Desenho do Estudo**	21
4.2	**Local do estudo**	21
4.3	**Período da coleta**	22
4.4	**População do estudo**	22
4.5	**Processo Censitário**	22
4.6	**Definição de termos e variáveis**	24
4.6.1	Definição de termos	24
4.6.2	Definição de variáveis	24
4.7	**Coleta de dados**	28
4.7.1	Instrumento de coleta de dados	28
4.7.2	Controle de qualidade das informações	29
4.8	**Processamento dos dados**	29
4.9	**Análise dos dados**	29
4.10	Aspectos Éticos	30

5	**RESULTADOS**	31
5.1	**Características sócio-demográficas, cenários das práticas e experiência com câncer pediátrico**	31
5.2	**Acesso à informação sobre as neoplasias pediátricas mais freqüentes**	35
5.3	**Conhecimentos relacionados ao diagnóstico precoce das principais neoplasias pediátricas**	37
5.4	**Percepção dos estudantes em relação à necessidade e ao interesse em termos de conhecimento sobre câncer pediátrico e relacionando com o conhecimento encontrado e com a perspectiva de inserção no mercado de trabalho.**	45
6.	**DISCUSSÃO**	53
7	**CONCLUSÕES**	65
8	**REFERÊNCIAS**	67
	APÊNDICES	77
1	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	77
2	Questionário	79
3	Carta de Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa	84
4	Carta de Esclarecimento ao Doutorando	85

Erro! Não é possível criar objetos a partir de códigos de campo de edição.

1-INTRODUÇÃO

O diagnóstico precoce é uma das principais armas para diminuir a morbimortalidade das doenças neoplásicas pediátricas. Conhecimentos e habilidades técnicas, bem como informações sobre o sistema de referência por parte dos médicos que atendem primariamente estas crianças se fazem essenciais para que o diagnóstico e início do tratamento não sejam retardados.

1.1 Câncer infantil: Magnitude do Problema e Relevância Social

As doenças neoplásicas malignas têm em geral alta letalidade, sendo um dos fatores responsáveis o diagnóstico tardio, já que os pacientes chegam aos centros de referência com doença em estádio avançado, diminuindo muito as possibilidades de cura. Estimativa da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, uma política adequada de prevenção e diagnóstico precoce do câncer poderia diminuir a mortalidade neste estado em até 35%, segundo Daudt citado por Barrios[1]. No câncer pediátrico a realidade é semelhante, pois, para grande parte das crianças e adolescentes o diagnóstico definitivo e o início do tratamento ocorrem quando a doença já está em fase avançada, muitas vezes com morbidades associadas[2].

O câncer pediátrico representa em torno de 2% de todos os tipos de câncer[3]. No Mundo, estima-se uma incidência mundial anual entre 75 e 140 casos de câncer pediátrico por milhão, com o número de casos novos excedendo 200.000[4]. A probabilidade de se desenvolver câncer até os 20 anos de idade é de 1 para cada 300 pessoas do sexo masculino e de 1 para cada 333 pessoas do sexo feminino[5]. A situação torna-se mais preocupante porque 86% das crianças e adolescentes do mundo vivem em países com poucos recursos, com uma maior concentração de menores de 15 anos (40%) quando comparado aos Estados Unidos (21%)[6.]

Nos Estados Unidos, são diagnosticados ao redor de 12.400 novos casos de câncer entre crianças e adolescentes, com cerca de 1.400 óbitos por ano entre 1 e 14 anos de idade, representando a primeira causa de morte nesta faixa etária [5]. No Brasil, o câncer pediátrico é a 3ª causa de óbito por doença entre 1 e 14 anos, sendo a 1ª causa de óbito entre 5 e 14 anos no estado de São Paulo, excluindo-se as causas externas segundo trabalho publicado em 2003[7] . Em Pernambuco, segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado, no ano de 2003, o câncer foi a 2ª causa de óbito no grupo etário entre 5 e 14 anos, encontrando-se abaixo apenas da mortalidade por causas externas[8]

Em relação à sobrevida, o câncer pediátrico no Brasil vem atingindo padrões semelhantes àqueles dos países desenvolvidos, com uma taxa de cura global em torno de

70%, devido à formação de grupos cooperativos para tratamento, à maior disponibilidade de equipamentos pelos centros de referência e ao maior investimento no treinamento profissional especializado[9]. Apesar dos avanços, o diagnóstico tardio das neoplasias pediátricas é um dos fatores mais importantes para a menor sobrevida [2.]

Em um serviço de oncologia pediátrica da cidade do Recife, os casos de leucemia linfóide aguda tinham uma sobrevida de 32%, a qual aumentou para 63% no decorrer de 20 anos após medidas de suporte social, cuidados de terapia intensiva, capacitação de especialistas e estabelecimento de protocolo único[2.]

Cabe se atentar para a relevância social do câncer pediátrico, pois o câncer na infância ou adolescência é sempre acompanhado por sérios problemas econômicos e psicossociais. Em geral, os tratamentos são prolongados e exigem dos doentes que residem distantes dos centros especializados a permanência longe de casa, sendo comuns o absenteísmo escolar e a ausência de um dos pais, aspectos esses que afetam a renda e a dinâmica familiar[10]. Além do mais, a criança que teve câncer necessitará de acompanhamento médico diferenciado na vida adulta devido às seqüelas da própria neoplasia e seu tratamento [11]

Neste contexto, justificam-se os investimentos em pesquisas e programas direcionados ao diagnóstico precoce e tratamento dos tumores pediátricos. O direito ao tratamento e à cura é fundamental para as crianças afetadas, independentemente do local de residência e das suas condições sócio-econômicas. Convém ressaltar a importância dos vários programas de colaboração internacional entre os países desenvolvidos e aqueles que estão em processo de desenvolvimento, com o objetivo de promover nesses últimos um aumento significativo dos percentuais de cura [12].

1.2 Diagnóstico precoce das principais neoplasias pediátricas

A maioria dos tumores pediátricos é curável, com o diagnóstico precoce sendo associado a um melhor prognóstico e a uma diminuição na intensidade do tratamento e das seqüelas. Pacientes com tumores sólidos diagnosticados antes de ocorrerem metástases, têm seguramente melhor prognóstico, requerendo terapia menos agressiva. Nas leucemias agudas, quando o diagnóstico é dado sem elevação importante do número de leucócitos, é possível se estabelecer protocolos menos agressivos. O número de leucócitos é o elemento mais aceito universalmente para a determinação do grupo de risco do paciente e, por conseqüência, de seu protocolo terapêutico[13].

O adequado treinamento de profissionais de saúde para identificar casos suspeitos e fazer o encaminhamento precoce destes pacientes para os centros de referência de diagnóstico e tratamento do câncer[1], é uma estratégia geral de grande importância nos países em desenvolvimento, constituindo-se uma tentativa de diminuir a desigualdade observada no prognóstico da doença quando se consideram os níveis de desenvolvimento [2]. O retardo no diagnóstico é uma das causas predominantes de doença disseminada [14].

É preciso lembrar que o conhecimento clínico é ainda mais relevante quando se trata do diagnóstico precoce das neoplasias pediátricas, uma vez que o único teste de rastreamento disponível é a dosagem de catecolaminas na urina nos casos de neuroblastoma, cujos resultados são de discutível utilidade[15]. Situação diferente da constatada com relação a alguns tumores comuns nos adultos, como os de mama, próstata, colo uterino e cólon, os quais conseguiram reduzir as taxas de mortalidade mediante a sua detecção em estágios assintomáticos, portanto pré-clínicos, por meio de testes de rastreamento como citologia e colposcopia cervical, dosagem de PSA (antígeno prostático específico) e outros marcadores tumorais [16,17] .

Outro aspecto que reitera a importância do diagnóstico precoce no câncer na criança é o fato de que, nestas circunstâncias, não é possível atuar de forma profilática. O processo

carcinogênico se dá em um tempo muito curto, assim, é possível dizer que a maioria dos tumores da infância resulta de aberrações ocorridas em uma etapa precoce do desenvolvimento[18]. Diferente, portanto, das neoplasias dos adultos em que os fatores de riscos ambientais, em geral, necessitam de longas exposições para determinação das manifestações clínicas da doença.

A posição do médico, em geral, frente ao reconhecimento do câncer infantil é bastante difícil, visto que as queixas iniciais são inespecíficas, isto é, semelhantes às presentes em várias outras doenças infantis (Quadro 1)[7]. Portanto, é preciso que estejam atentos aos fatores de risco para câncer pediátrico, tenham conhecimento das manifestações mais sugestivas para que seja levantada a suspeita. Também precisam saber que câncer infantil não é sinônimo de morte, pois a detecção precoce e o tratamento especializado e intensivo têm permitido alcançar altos índices de cura. Esses profissionais devem ainda conhecer quais são os centros de referências existentes para confirmação diagnóstica e tratamento, evitando a peregrinação por vários serviços de saúde não especializados. A letalidade aumenta quando o diagnóstico e/ou o encaminhamento não ocorre em tempo hábil [19].

Quadro 1: Possíveis diagnósticos diferenciais dos tumores da infância

Sinais e sintomas	**Condições não malignas**	**Câncer**
Cefaléia, vômitos matinais	Enxaqueca, sinusite	Tumor SNC
Massa abdominal	Cistos, fecaloma, bolo de Ascaris	Tumor de Wilms, linfoma, neuroblastoma
Linfoadenopatia	Infecção	Linfomas, leucemias
Dor óssea	Infecção, trauma	Leucemia, neuroblastoma
Massa mediastinal	Infecção, cistos	Linfoma, teratoma
Pancitopenia	Infecção	Leucemia
Sangramentos	Coagulopatias, púrpura	Leucemia

SNC: Sistema Nervoso Central

Fonte: 7. Rodrigues KE, Camargo B de. Diagnóstico precoce do Câncer Infantil: Responsabilidade de Todos. Rev Assoc Med Bras 2003; 49 (1).

Haimi et al.*(2004),* em um trabalho realizado com 347 pacientes em Israel (2004), foi encontrado que de 50 pacientes com doenças disseminadas ao diagnóstico, o retardo no diagnóstico por parte do médico (entre a procura pelo primeiro atendimento e o encaminhamento) foi de 11,2 semanas contra 4,2 semanas dos pacientes diagnosticados com doença localizada. Neste mesmo trabalho, quando consultados por mais de três médicos antes de chegar ao serviço de referência, a média de tempo para se chegar ao diagnóstico foi maior do que quando examinado por apenas 1 médico, sendo este período de tempo de 11 e de 3 semanas, respectivamente [14].

Levantamento interno de um Serviço de Oncologia Pediátrica em Pernambuco mostrou que as 401 crianças e adolescentes admitidas entre agosto de 2005 e janeiro de 2008, até chegarem a este Serviço de Referência, haviam se consultado, em média, com 3,3 médicos (mínimo de 0: pacientes que vinham ao Hospital por conta própria e máximo de 10 profissionais). Considerando só as leucemias, foram consultados em média, 3,6 médicos, em uma distribuição que compreende entre 0 e 9 médicos[20].

A busca de promover o diagnóstico precoce do câncer pediátrico mostra também a importância do processo de formação do médico e do treinamento das equipes de saúde. Nos Estados Unidos, desde 1981, foram estabelecidos os objetivos relacionados aos conhecimentos e habilidades que os estudantes de medicina deveriam adquirir com relação às neoplasias mais freqüentes, sendo definida a necessidade de conhecer a etiologia e epidemiologia dos principais tumores malignos pediátricos: 1) identificar crianças com risco aumentado de câncer devido a fatores hereditários ou comportamentais; 2) descrever como seguir estas crianças e como orientar os pais para este risco; 3) identificar as condições hereditárias e malformações congênitas associadas com risco aumentado de câncer e 4) descrever os conhecimentos existentes sobre a etiologia do câncer e o risco para os irmãos [21.]

Além disso, foi considerado importante demonstrar habilidades para identificar as apresentações clínicas e para entender a história natural e manejo inicial das neoplasias pediátricas malignas mais freqüentes: 1) descrever os sinais e sintomas usuais de apresentação e diagnóstico diferencial das seguintes malignidades: Leucemia Linfóide Aguda (LLA) e Leucemia Mielóide Aguda (LMA), Linfoma de Hodgkin, Linfoma não Hodgkin, Tumores cerebrais, Neuroblastoma, Tumores de Wilms, Tumores ósseos, Rabdomiosarcomas e Retinoblastomas; 2) demonstrar que reconhece a necessidade de toda criança com uma neoplasia maligna ser encaminhada a um centro especializado em oncologia pediátrica e 3)

conhecer os valores dos fatores prognósticos para planos de tratamento e o próprio prognóstico[21].

Neste estudo atual, consideramos como necessário para a detecção precoce ter conhecimentos da epidemiologia, da clínica e do diagnóstico laboratorial hematológico, além de habilidade para realizar anamnese e exame físico que permitam estabelecer o diagnóstico de suspeição das principais neoplasias malignas pediátricas, por ordem de freqüência: as leucemias, os tumores de sistema nervoso central, os linfomas e os tumores abdominais que englobam vários tipos histológicos. Neoplasias que, em conjunto são responsáveis por aproximadamente 90% de todos os cânceres pediátricos[4].

As leucemias constituem a neoplasia maligna mais comum da infância, representando entre 25 e 30% dos casos e a primeira causa de morte por câncer pediátrico no mundo[22]. A Leucemia Linfóide Aguda (LLA) representa 75% dos casos, com maior incidência entre 3 e 5 anos, na raça branca e no sexo masculino. O caráter inespecífico de suas manifestações mais comuns: palidez, fadiga, sangramentos, febre, adenomegalias, hepatoesplenomegalia e dores ósseas, podendo mimetizar doenças como infecções virais, púrpuras trombocitopênicas, anemia aplástica, osteomielite, calazar, febre reumática e artrite reumatóide juvenil[23]. A Leucemia Mielóide Aguda (LMA) corresponde a 20% dos casos pediátricos, com uma maior incidência um pouco maior em menores de 1 ano e adolescentes. Embora os sintomas sejam semelhantes aos encontrados na LLA, os quadros hemorrágicos são mais freqüentes e ocorre a formação de tumores chamados cloromas, presentes em qualquer parte do corpo, em especial em região de cabeça e pescoço [24]

Os maiores riscos de leucemias na infância estão associados ao uso de agentes antineoplásicos e imunosupressores; exposição a radiações ionizantes; anormalidades cromossômicas, como as encontradas na Síndrome de Down, na Síndrome de Bloom e anemia de Fanconi; imunodeficiências congênitas, como ataxia-telangiectasia, síndrome de

Wiscott-Aldrich e infecções por retrovírus. As leucemias agudas, semelhante a outras neoplasias malignas, apresentam uma importante carga genética, o que contribui para que a incidência seja relativamente maior dentro da mesma família em relação à população geral [25].

Os tumores de Sistema Nervoso Central (SNC) são responsáveis por 9,8% dos casos de neoplasia entre 15 e 19 anos e por 22% até 14 anos de idade [26]. Não existe achado patognomônico destes tumores. Pacientes com até 4 anos de idade podem ter atraso diagnóstico devido à incapacidade de descrever sintomas como cefaléia ou ambliopia[7]. Em estudo, realizado por Wilne *et al.* (2006), com 200 crianças na Inglaterra, os achados mais freqüentes foram: cefaléia (41%), vômitos (12%), tonturas (11%), alterações visuais (10%), mudanças de comportamento (10%) e crises convulsivas (9%)[27].

. Os linfomas não Hodgkin (LNH) da infância correspondem a uma grande variedade de doenças que se originam das células e órgãos do sistema imune, envolvendo as células linfóides que transitam por todo o organismo, por isto são considerados como doenças sistêmicas. As principais localizações do tumor primário são: abdome, mediastino e cabeça e pescoço. Os LNH representam quase 15% do total das neoplasias malignas na infância, sendo mais comuns no sexo masculino e nos países em desenvolvimento acometem, sobretudo, os menores de 5 anos[28]. Crianças com imunodeficiências congênitas ou adquiridas têm probabilidade aumentada de desenvolverem Linfomas não Hodgkin[29].

Os Linfomas de Hodgkin correspondem a 6% das neoplasias malignas na pediatria. São mais freqüentes no sexo masculino, com maior incidência acima dos 10 anos. Na maioria das vezes se apresenta como aumento indolor de linfonodos, podendo ainda ocorrer: perda de peso, sudorese noturna e febre[30]. O retardo no diagnóstico leva à disseminação da doença e mudança de estadiamento, com diminuição das chances de cura e necessidade de tratamento mais agressivo, aumentando o risco de complicações tardias [31].

O neuroblastoma é o terceiro tumor abdominal mais freqüente na infância, com incidência de 1 caso por 1.000.000 crianças. As crianças menores de 5 anos são as mais vulneráveis e, com 50% dos casos ocorrendo abaixo dos 2 anos,representa o tumor mais comum em menores de 1 ano de idade. Pode surgir em qualquer local do organismo, mas 70% estão localizados no abdômen, principalmente, na medula adrenal ou gânglios retroperitoniais. Tem comportamento biológico marcante, podendo transformar-se em um tumor benigno ou progredir com rapidez [32].

O tumor renal pediátrico de comportamento maligno mais freqüente é o tumor de Wilms, representando entre 5 e 6% dos cânceres da infância. A média de idade das crianças acometidas é de 3,5 anos, com 80% dos casos ocorrendo em menores de 5 anos, sem aparente diferença na incidência entre os sexos[33]. O diagnóstico requer um exame físico cuidadoso, devendo receber atenção especial às crianças com tumoração que apresentarem quadro de hematúria e/ou hipertensão arterial, bem como anomalias congênitas, principalmente, genito-urinárias, hemi-hipertrofia e aniridia esporádica [34].

É essencial a identificação e o encaminhamento precoce das crianças com suspeita de tumor de Wilms, bem como o acompanhamento daquelas com fatores de risco. Segundo dados do Serviço de Oncologia Pediátrica do IMIP (Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira), a análise da curva de sobrevida de 82 pacientes com Tumor de Wilms, diagnosticados entre 1994 a 2002, aqueles com doença localizada têm 92% de probabilidade de cura, enquanto um grande tumor ao diagnóstico reduz para 63% a taxa de sucesso no tratamento. Pacientes com metástases à distância ao diagnóstico apresentam taxas de cura de 43%[33].

O diagnóstico precoce das demais neoplasias pediátricas mais freqüentes tem resultado em crescimento significativo da probabilidade de cura. A LLA apresenta uma probabilidade de cura de 80% nos países desenvolvidos, mas esta não ultrapassa os 35% nas outras áreas do

mundo[35]. Nos países desenvolvidos, a probabilidade de cura dos tumores de SNC passou de 15% entre 1975 e 1979 para 70% entre 1995 e 2000[36]. Nos pacientes com linfoma não Hodgkin a sobrevida aumentou de 20% até 1970 para 75% atualmente[28]. Observa-se no neuroblastoma um grande impacto na sobrevida devido ao diagnóstico precoce, com a probabilidade de cura neste grupo de tumores abdominais que varia de acordo com o estadiamento, sendo de quase 100% nas doenças localizadas e de menos de 15% nos casos com metástases, o que infelizmente corresponde a 60% dos casos diagnosticados[15].

1.3 Importância do ensino da oncologia pediátrica

Um dos primeiros estudos sobre atitudes de estudantes de medicina frente aos pacientes de câncer foi realizado em 1977, nos Estados Unidos, com o desenvolvimento do *Cancer Attitude Survey* [37], aplicado à oncologia clínica, visando avaliar: atitudes frente ao pacientes com doenças graves como o câncer, ao diagnóstico precoce e tratamento agressivo e ainda diante da imortalidade pessoal e aceitação da própria morte. A principal motivação para estes estudos decorre do fato que os autores notaram que estudantes médicos, assim como a população geral, apresentam historicamente uma atitude pessimista em relação ao câncer, tendendo a ser mais negativos ao interagir com pacientes com câncer do que com pacientes acometidos de outras doenças [38].

Médicos e estudantes de medicina admitem que suas atitudes frente ao câncer e aos pacientes oncológicos durante o processo de formação não levam ao diagnóstico precoce. Aparentemente os médicos não dedicam ao câncer uma parte importante do seu aprendizado, reduzindo o seu contato neste campo ao mínimo possível. Esta atitude pode ser explicada pelo fato de que, precocemente, em sua formação profissional, muitos médicos já escolhem a

especialidade que desejam seguir, reduzindo o contato com oncologia ao mínimo possível [39]. O câncer ainda pode ser visto pelos médicos, semelhante à opinião pública, como algo que provoca angústia e temor particulares [40]. Especialmente no início da vida universitária existe uma visão negativa em relação ao câncer, a qual é coerente com a crença existente na sociedade de que o câncer é uma doença socialmente inaceitável e "suja", levando inevitavelmente à dor e morte[41].

É unanimidade entre os envolvidos na luta contra o câncer que o grande progresso tecnológico e o aumento do conhecimento sobre a biologia tumoral, têm contribuído para a obtenção de melhores resultados. Entretanto, as transformações desejadas não têm acontecido na velocidade esperada, sendo um aspecto fundamental para isso, entre as muitas dificuldades encontradas para ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, as limitações do processo de formação do profissional médico [42].

O médico consultado, independente de sua especialidade, sempre tem que ter em mente a possibilidade de câncer, devendo estar capacitado para estabelecer a suspeita quando a doença ainda se encontra nos estágios iniciais. Este profissional deve estar preparado para lidar adequadamente com esta situação, não apenas identificando os casos suspeitos de câncer, mas encaminhando estes casos de maneira rápida para as unidades de saúde que atuam como centro de referência, tendo em vista a garantia do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno[42].

Os resultados de pesquisa realizada em 2005, em um serviço de oncologia pediátrica de Pernambuco mostram que entre as 280 crianças e adolescentes admitidas com diagnóstico de leucemia entre os períodos de janeiro de 2000 a dezembro de 2004, apenas 43,2% fizeram seu primeiro atendimento com médicos pediatras .Neste mesmo estudo foi encontrado que 61% dos pacientes eram provenientes do interior do Estado, onde provavelmente existe acesso

mais fácil ao médico generalista que ao pediatra. Ressalta então a importância do preparo de todos os profissionais [43].

Nas últimas décadas, a necessidade de qualificar a formação do médico para realização do diagnóstico precoce do câncer tornou-se uma preocupação internacional. Estudo realizado na Espanha mostrou que, desde 1980, foi instituída a disciplina de oncologia nas faculdades, tendo sido identificada a necessidade do seu desenvolvimento integrado para superar as limitações da fragmentação existente, já que os seus conteúdos vinham sendo ministrados nas diversas clínicas[44]. Vários estudos abordaram a implantação do ensino de oncologia como parte do currículo universitário obrigatório, inclusive com estágios nestas áreas, tendo como propósito a aquisição de conhecimento teórico e o contato com os pacientes de câncer, ressaltando também a dimensão psicológica da relação médico-paciente [45-47]. Recente estudo realizado na Inglaterra, publicado em 2006, traz uma revisão de literatura sobre Educação de Estudantes Médicos em Oncologia, ressaltando os melhores métodos de ensino encontrados [48], mostrando que o tema é tema atual e relevante.

No final da década de 70, a *American Association for Cancer Education* avaliou o ensino de oncologia em praticamente todas as escolas de medicina dos Estados Unidos. Esta pesquisa constatou um conjunto de problemas, tais como ensino fragmentado em várias disciplinas, pouco tempo dedicado a esta especialidade, falta de coordenação central, tendo apresentado recomendações públicas sobre as metas a serem cumpridas por cada estudante da graduação médica em relação aos tipos de câncer [1.]

Em 1981 foi publicado pela *American Association for Cancer Education* um estudo realizado em várias universidades de áreas médicas e que resultou nas diretrizes do *Cancer Education Objectives for Medical Schools*[21,] para melhorar o diagnóstico e tratamento do câncer nos Estados Unidos da América. Estas diretrizes requerem que a maioria dos médicos esteja atualizada sobre os modernos conceitos nesta área, devendo ser uma meta de cada

educador em câncer apresentá-los aos estudantes. Foi realizado, em 1985, um estudo voltado para a oncologia pediátrica entre estudantes de medicina de Los Angeles, comparando aspectos relacionados ao câncer do adulto e da infância. Este enfoque foi priorizado devido ao reconhecimento de que na faixa pediátrica, as neoplasias malignas possuem comportamento biológico diferente do adulto no que se refere à investigação, agressividade do tratamento, resposta terapêutica e necessidade de cuidados, sendo necessário então um suporte específico[49].

Estudos realizados nos Estados Unidos, em 1989, para comparar as prioridades de ensino da oncologia pediátrica entre médicos generalistas e oncologistas pediátricos, constataram significativa concordância sobre a maior importância da detecção precoce e dos métodos diagnósticos. Houve unanimidade entre os oncologistas pediátricos no que diz respeito à opinião de que o fator isolado mais importante para o diagnóstico precoce é o encaminhamento em tempo oportuno de toda criança com suspeita de câncer a um centro especializado nesta área[50].

Trabalhos desenvolvidos na América do Sul, publicados em 1991, demonstram que o ensino da oncologia é feito de forma integrada e curricular em apenas 10% das escolas médicas latino-americanas. Um percentual de 80% do corpo docente, nas diferentes escolas, considera o ensino inadequado nesta área[1].

No Brasil, em 1976, na cidade de São Paulo, aconteceu a I Conferência Internacional sobre o Ensino da Oncologia nas Escolas Médicas da América Latina, mostrando desde cedo também preocupação com o tema. As suas principais conclusões foram: necessidade da formulação de um Programa Nacional de Câncer, priorização deste programa para educação profissional em todos os níveis, definição de um conhecimento mínimo necessário ao médico recém-formado para fazer o diagnóstico precoce, orientar corretamente o paciente e colaborar na luta contra o câncer e ainda ensino obrigatório, organizado e centralizado [51].

Transcorridos 9 anos das decisões encaminhadas por esta Conferência, a Sociedade Brasileira de Cancerologia realizou uma avaliação, tendo enviado questionário a todas as escolas médicas do Brasil. Os seus resultados mostraram a persistência da falta de sistematização do ensino da cancerologia, com informações conflitantes ou incompletas, não integradas, abordadas por diferentes disciplinas ou departamentos; omissão em alguns pontos básicos, como na epidemiologia do câncer; falta de cooperação interdepartamental e reduzido treinamento clínico [51].

Em 1986, houve uma iniciativa do Ministério da Saúde Brasileiro por intermédio do Programa de Oncologia (Pro-Onco), na tentativa de auxiliar o desenvolvimento da oncologia no currículo das escolas médicas brasileiras, com o objetivo de garantir o ensino em pelo menos 80% das escolas médicas nacionais. Contudo, este programa visa o ensino da oncologia geral, abrangendo os cânceres mais freqüentes em adultos[52]. A aceitação inicial do programa proposto foi promissora, mas os resultados de longo prazo ainda não foram avaliados.

Diferenças regionais, de estrutura e recursos materiais, bem como as concepções e valores de cada escola são obstáculos importantes para a implementação de qualquer planejamento geral[1]. Dados revelam que o diagnóstico tardio em adultos tem levado a uma letalidade de 30% nos 12 primeiros meses de tratamento. A principal causa deste retardo é imputada à procura tardia do médico, mas decorre em muitos casos de erro diagnóstico. Este resulta do desconhecimento da epidemiologia da doença e, por conseqüência, da pouca valorização das queixas e dos sinais suspeitos que orientam a formulação da hipótese diagnóstica, a solicitação de exames complementares esclarecedores e o encaminhamento a serviços especializados [53].

Existem poucos trabalhos publicados à nível nacional que avaliam o ensino de oncologia pediátrica nos cursos médicos. Foi publicado, em 2000, um trabalho realizado no

Rio Grande do Sul, o qual apresenta sugestões de diretrizes para o ensino de oncologia geral nas Universidades[1], porém sem orientações específicas para o ensino da oncologia pediátrica.

Pesquisa realizada no estado de São Paulo, no ano de 2001, concluiu que, em geral, os médicos não estão recebendo informações suficientes sobre os conceitos básicos e os princípios do manejo do câncer. Como no início da doença o paciente pode consultar-se com médicos que não são oncologistas, a conclusão óbvia é que o conhecimento básico em oncologia deva ser repassado para todos os estudantes em formação [42].

No Brasil, o Núcleo de Estudo e Orientação em Oncologia Pediátrica da Universidade Estadual de Santa Cruz, localizado em Ilhéus-Bahia, vem desenvolvendo um projeto, denominado de "Detecção precoce do câncer infanto-juvenil", para aumentar o acesso a conhecimentos sobre oncologia pediátrica entre estudantes de medicina e agentes de saúde[54].

Neste contexto, no Brasil, alguns aspectos evidenciam a crescente importância da formação médica em relação ao diagnóstico precoce do câncer, neste estudo abordado da perspectiva das neoplasias pediátricas. Primeiro, os avanços alcançados no que concerne aos recursos terapêuticos, originando um aumento expressivo da sobrevida dos portadores das diferentes formas de câncer pediátrico[2]. Segundo, o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciado em 1994, com o propósito de reorientar o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da rede básica, tendo como eixo organizador a integralidade da atenção de saúde. Terceiro, as alterações nas grades curriculares do ensino médico, visando o atendimento das necessidades básicas de saúde da população.

A implantação da ESF amplia o acesso da população à atenção básica de saúde e pressupõe a atuação do médico como generalista, no âmbito de uma equipe que assume a responsabilização sanitária por uma determinada área de abrangência. Segundo a Portaria Nº 648/2006, entre outras atribuições, compete aos médicos: prestar assistência integral (promoção, prevenção recuperação e reabilitação) aos indivíduos e famílias em todas as fases

do ciclo da vida, independente do sexo. Para isto, realiza atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, encaminhando os usuários, quando necessário, para serviços de média e alta complexidade, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico proposto pela referência, quando indicado [55].

Alguns países têm políticas de atenção à saúde semelhantes ao Brasil, sendo realizado um trabalho na Austrália, onde constatou-se que os chamados Médicos da Família apresentam uma grande importância no que diz respeito aos cuidados preventivos, à detecção precoce, ao tratamento sintomático e paliativo do câncer e, principalmente, ao seguimento das pessoas curadas de câncer que podem desenvolver complicações do tratamento e/ou da doença. Assim, concluíram que o ensino da oncologia é uma parte vital da educação médica e que os Médicos da Família necessitam de um maior treinamento para desempenhar o seu papel junto aos pacientes oncológicos [56].

Na última década, no Brasil, o ensino médico está passando por uma transformação profunda, em suas concepções e objetivos. A medicina, sobretudo, na segunda metade do século XX, sofreu o impacto da incorporação, às vezes desordenada, dos grandes avanços tecnológicos. As novas tecnologias, ao mesmo tempo em que, permitiram o aprimoramento de condutas diagnósticas e terapêuticas, importantíssimas para as atividades médicas, produziram um distanciamento do médico das necessidades básicas de saúde da população e o enfraquecimento de seu papel na relação com o paciente, essencial para cura e reabilitação do doente. Estes foram os principais fatores que motivaram alterações nas grades curriculares do ensino médico, as quais se basearam também na Resolução CNE/CNS N°4, de 7 de dezembro de 2001, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina [57].

Erro! Não é possível criar objetos a partir de códigos de campo de edição.

2. JUSTIFICATIVA

Para que seja alcançado o objetivo de identificar, precocemente, as manifestações sugestivas das neoplasias malignas pediátricas mais freqüentes, encaminhando o paciente para os centros de referência, a educação médica é fundamental. O câncer é um problema de saúde pública e deve ser entendido como uma realidade no dia-a-dia dos médicos, independente da especialidade ou local de trabalho.

São médicos que atuam como generalistas que têm realizado atendimento de proporção crescente de crianças e adolescentes, seja nos serviços de emergência ou, em

particular, na rede básica de saúde, devido à ampliação da cobertura populacional do Programa de Saúde da Família. É inegável que nessas circunstâncias é muito maior a probabilidade de um profissional, o qual as inclusive pode ser recém formado, deparar-se com uma criança e/ou adolescente portador de câncer ou um adulto curado de um câncer pediátrico que necessita de atenções especiais no seguimento de sua saúde. Portanto, torna-se ainda mais evidente a necessidade de avaliar os conhecimentos e práticas dos estudantes de medicina, visando ao reconhecimento das neoplasias pediátricas mais freqüentes.

Poucos estudos têm sido efetuados com esta finalidade. Existem vários trabalhos internacionais, realizados em países desenvolvidos, em que é feita a avaliação do ensino em oncologia geral, mas apenas alguns estão voltados, especificamente, para a oncologia pediátrica. Atualmente, esses trabalhos já visam avaliar o grau de implantação e otimização do ensino. Pesquisas recentes têm sido desenvolvidas, como Egito, Índia, Arábia, com o propósito de avaliar os conhecimentos, a fim de mostrar a importância do ensino da oncologia na Faculdade de Medicina. No Brasil, existem trabalhos antigos que avaliam o ensino de oncologia clínica, não tendo sido encontrado relatos de avaliações em oncologia pediátrica. A realização deste estudo, certamente, permitirá fornecer subsídios que apóiem as decisões sobre a oncologia pediátrica na formação médica, tendo em vista suas conseqüências sobre a sobrevida e a qualidade de vida das pessoas.

Em relação ao IMIP, percebe-se a importância deste estudo por ser esta uma instituição de referência em diversas áreas de conhecimento do campo da saúde, dentre as quais se destaca um centro de referência para o câncer infantil e um centro formador de profissionais em pós-graduação e, mais recentemente, também na graduação de medicina com a Escola Pernambucana de Saúde.

Erro! Não é possível criar objetos a partir de códigos de campo de edição.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar conhecimentos e práticas dos estudantes de uma Faculdade de Medicina de Pernambuco, relacionados ao diagnóstico precoce das neoplasias malignas pediátricas mais freqüentes**.**

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Descrever as características sócio-demográficas, os cenários das práticas e as atividades de extensão.

3.2.2 Conhecer as formas de acesso à informação em relação às neoplasias pediátricas mais freqüentes.

3.2.3 Avaliar os conhecimentos relacionados ao diagnóstico precoce das principais neoplasias pediátricas (epidemiologia, clínica, laboratório e sistema de referência).

3.2.4 Conhecer a percepção dos estudantes em relação às necessidades e o interesse em adquirir conhecimento sobre câncer pediátrico e relacionar com o conhecimento existente entre eles.

Erro! Não é possível criar objetos a partir de códigos de campo de edição.

4. MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo:

Descritivo, de corte transversal.

4.2 Local do estudo:

Este estudo foi realizado junto aos alunos da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE), fundada em 1950. Atualmente, seguindo as

diretrizes da reforma curricular iniciada no primeiro semestre de 2001, o seu internato é realizado do 9° ao 12° períodos, totalizando 2 anos, com os estudantes sendo distribuídos em Unidades de Saúde da Família, de ambulatórios gerais em Centros de Saúde, nos serviços de emergência e em Unidades de Terapia Intensiva, abrangendo também as áreas de Pediatria, Tocoginecologia, Cirurgia e Clínica Médica [58].

A FCM/UPE é vinculada ao Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) que possui um Serviço de Oncologia Pediátrica, criado em 1979, o qual está envolvido com ensino e pesquisa, recebendo alunos de graduação nas diversas áreas de saúde[59]. A FCM/UPE mantém convênio com outros hospitais, com os internos tendo como opção de escolha em pediatria na época em que foram coletados os dados: Hospital da Restauração, Hospital Barão de Lucena e Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP). Os estudantes têm na sua carga horária um plantão noturno na emergência do serviço onde realiza o seu estágio. Em relação ao estágio em emergências pediátricas, os internos podem optar pelo IMIP, Hospital Barão de Lucena, Hospital da Restauração, Hospital de Pediatria Helena Moura e Hospital Barros Lima[58].

A opção por esta unidade de ensino se deve, justamente, ao tempo em que foi iniciada a reforma em seu currículo, permitindo contar, no período da coleta de dados, com estudantes pós-reforma que já haviam realizado o rodízio obrigatório de pediatria. A reforma curricular da FCM/UPE tem como objetivo propiciar uma formação voltada à integralidade das ações de saúde. O conteúdo curricular é dividido por módulos, nos quais se identificam oportunidades de contato com temas de oncologia geral, contemplando a prevenção, diagnóstico e tratamento, inclusive com atenção à esfera psicológica da doença e preparo do aluno para o contato e adequado manejo do paciente terminal. Existem alguns momentos dedicados à

oncologia pediátrica, inclusive o suporte ao paciente pediátrico terminal [57]. Atualmente, os estudantes da primeira turma da reforma já concluíram o curso de medicina.

4.3 Período da coleta:

A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2006 e maio de 2007.

4.4 População do estudo:

Estudantes das turmas da reforma curricular da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade de Pernambuco, que já realizaram o estágio curricular obrigatório na área de pediatria.

4.5 Processo censitário:

Participaram 82 estudantes dentre os 86 que constituíram a população do estudo. Um estudante foi excluído por participar da pesquisa como bolsista de Iniciação Científica (na área de oncologia pediátrica), enquanto 3 estudantes não foram localizados, sendo considerados como perdas. Os participantes foram captados nos serviços de saúde onde estavam cumprindo estágio curricular obrigatório (Figura 1). O pesquisador, com base nas informações fornecidas pela FCM/UPE (nome, local do estágio obrigatório atual e realização do estágio obrigatório em pediatria), localizou os estudantes e confirmou a adequação do perfil aos critérios de inclusão no estudo.

Desta listagem não constaram os nomes dos estudantes de outras instituições de ensino que estavam realizando o internato na FCM/UPE. Aos participantes foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1). Estes, após serem devidamente orientados responderam ao questionário auto-aplicado (Apêndice 2) na presença dos pesquisadores. Para coleta de dados foram utilizadas salas cedidas pelas seguintes

instituições: IMIP, Hospital Agamenon Magalhães, Hospital da Restauração, Hospital Barão de Lucena e Hospital Universitário Oswaldo Cruz..

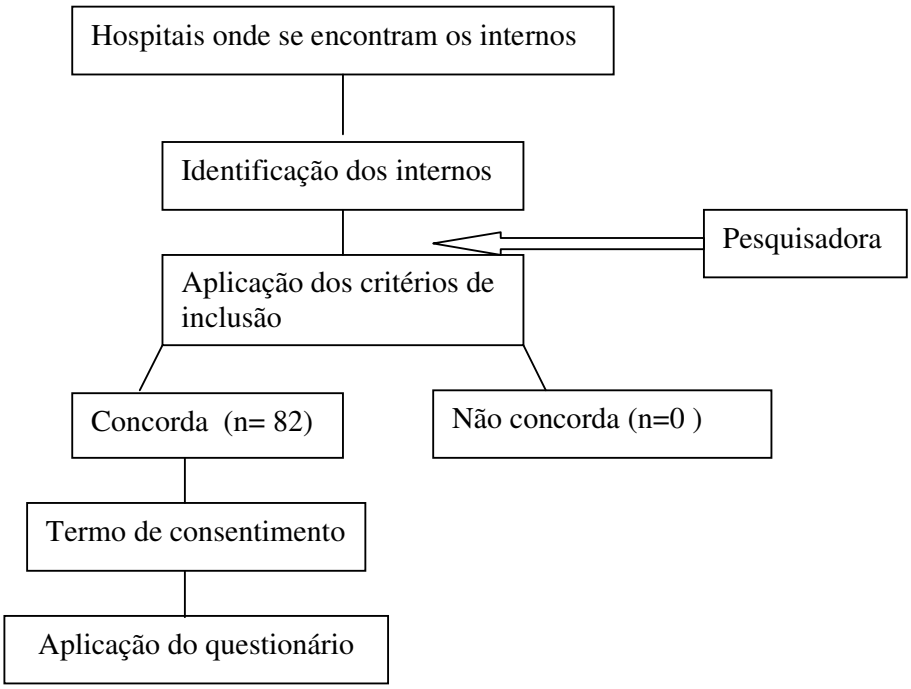

Figura 1: Fluxograma para captação dos participantes

4.6 Definição de termos e variáveis:

4.6.1 Definição de termos:

- Internato médico: último ciclo do curso de graduação em Medicina, livre de disciplinas acadêmicas, durante o qual o estudante deve receber treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente, em instituição de saúde vinculada, ou não, à escola médica. Para cursar o Internado o aluno deverá, obrigatoriamente, ter cursado e ter sido aprovado em todas as disciplinas curriculares até o 9° semestre[60].
- Atividades curriculares: constituem-se em disciplinas do currículo pleno do curso[61].

- Atividades extracurriculares: atividades paralelas ao currículo oficial. Atividades de estágio orientadas para a complementação da formação acadêmico-profissional do aluno, de livre escolha pelos mesmos[62].
- Atividades de extensão universitária: processo educativo, cultural e científico, que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre a Universidade e a Sociedade[63].
- Atividades de Iniciação Científica: instrumento que permite introduzir os estudantes na pesquisa científica, tendo em vista a formação de recursos humanos qualificados[64].

4.6.2 Definição das variáveis de estudo:

- Idade: número de anos vividos desde o nascimento até o momento da entrevista, conforme informação do entrevistado; variável numérica, contínua, pós-codificada.
- Sexo: características que distinguem homens e mulheres; variável categórica, dicotômica: masculino ou feminino.
- Período: semestre que está sendo cursado pelo entrevistado; variável numérica, contínua: 9º, 10º ou 11º.
- Local do estágio curricular de pediatria: serviço de saúde onde o entrevistado realizou estágio obrigatório em pediatria; variável categórica, policotômica.
- Contato com câncer pediátrico no estágio curricular obrigatório: proximidade à criança e/ou adolescente com suspeita ou diagnóstico de câncer durante estágio curricular obrigatório; variável categórica, dicotômica: sim ou não.
- Local do estágio curricular obrigatório onde teve o contato: serviço de saúde onde o entrevistado esteve próximo à criança e/ou adolescente com suspeita ou diagnóstico de câncer; variável categórica, policotômica.

- Estágio extracurricular em pediatria: complementação da formação acadêmico-profissional em pediatria realizada por livre escolha do entrevistado; variável categórica, dicotômica: sim ou não.
- Local do estágio extracurricular em pediatria: serviço de saúde onde o entrevistado complementou a formação acadêmico-profissional em pediatria por livre escolha; variável categórica, policotômica.
- Contato com câncer pediátrico no estágio extracurricular: proximidade à criança e/ou adolescente com suspeita ou diagnóstico de câncer durante estágio não-obrigatório; variável categórica, dicotômica: sim ou não.
- Local do estágio extracurricular onde teve o contato: serviço de saúde onde o entrevistado esteve próximo à criança e/ou adolescente com suspeita ou diagnóstico de câncer; variável categórica, policotômica.
- Estágio curricular em emergência pediátrica: estágio de caráter obrigatório realizado em emergência pediátrica; variável categórica, dicotômica: sim ou não.
- Contato com câncer pediátrico na atividade de extensão: proximidade à criança e/ou adolescente com suspeita ou diagnóstico de câncer durante a participação em projetos de pesquisa; variável categórica, dicotômica: sim ou não.
- Inserção no mercado de trabalho ao término do curso: pretensão de trabalhar imediatamente após a conclusão do curso de medicina; variável categórica, dicotômica: sim ou não.
- Tipo de atuação que pretende ter no mercado de trabalho: caracteriza a pretensão do entrevistado em atuar como generalista ou pediatra; variável categórica, policotômica: PSF, ambulatório geral de pediatria, emergência pediátrica, outras.
- Percepção da necessidade de conhecimento em oncologia pediátrica: entrevistado percebe que é necessário adquirir conhecimentos sobre neoplasias malignas em

crianças e adolescentes; variável categórica, ordinal; muito grande, grande, regular, pequena, nenhuma.

- Interesse na aquisição de conhecimento em oncologia pediátrica: entrevistado mostra interesse em adquirir conhecimentos sobre neoplasias malignas em crianças e adolescentes; variável categórica, ordinal: muito grande, grande, regular, pequeno, nenhum.
- Auto-avaliação da capacidade de suspeição em oncologia pediátrica: percepção do entrevistado sobre a própria capacidade de suspeitar que uma criança e/ou adolescente é portadora de câncer: variável categórica, ordinal: muito grande, grande, regular, péssimo, nenhuma.
- Auto-avaliação sobre o conhecimento em oncologia pediátrica: percepção do entrevistado do próprio conhecimento em oncologia pediátrica: variável categórica, ordinal: muito grande, grande, regular, péssimo, nenhum.
- Fontes adicionais de acesso a informações em oncologia pediátrica: referente a todas as fontes de informações que restam quando são excluídas as atividades curriculares, extracurriculares e de extensão; variável categórica, policotômica: livros (afora os didáticos da área médica), internet, jornais, revistas, televisão, trabalho beneficente, curso de preparo para concurso de residência médica, outras.
- Experiência pessoal com neoplasia maligna pediátrica: proximidade de caso suspeito ou com diagnóstico de câncer em criança e/ou adolescente da família ou de família amiga; variável categórica, dicotômica: sim ou não.
- Envolvimento com caso suspeito de neoplasia maligna pediátrica: intensidade do envolvimento afetivo com criança e/ou adolescente que está sob suspeita ou foi diagnosticado como portador de câncer; variável categórica, ordinal: muito grande, grande, regular, pequeno, nenhum.

- Atributos pessoais de risco das neoplasias malignas pediátricas mais freqüentes: características pessoais relacionadas com uma maior probabilidade de adquirir cada tipo de neoplasia maligna mais freqüente entre crianças e adolescentes (leucemias agudas, linfomas, tumores do SNC e tumores abdominais malignos); variável categórica, policotômica: concordo, discordo ou indeciso.
- Tipos de neoplasias malignas pediátricas mais freqüentes: neoplasias malignas de ocorrência mais comum entre crianças e adolescentes (leucemias agudas, tumores do SNC, linfomas e tumores malignos abdominais); variável categórica, policotômica: concordo, discordo ou indeciso.
- Manifestações sugestivas das neoplasias malignas pediátricas mais freqüentes: principais sinais e sintomas que permitem formular o diagnóstico de suspeita de cada tipo de neoplasia maligna mais freqüente entre crianças e adolescentes (leucemias agudas, tumores do SNC, linfomas e tumores abdominais malignos); variável categórica, policotômica: concordo, discordo ou indeciso.
- Diagnóstico diferencial das neoplasias malignas pediátricas mais freqüentes: principais patologias a serem consideradas no processo de formulação do diagnóstico de suspeita de cada tipo de neoplasia maligna mais freqüente entre crianças e adolescentes (leucemias agudas, linfomas, tumores do SNC e tumores abdominais malignos); variável categórica, policotômica: concordo, discordo ou indeciso.
- Interpretação de exame solicitado para suspeita de neoplasia maligna pediátrica: exame laboratorial que pode ser solicitado em todos os níveis de densidade tecnológica para os casos suspeitos de leucemia aguda, linfomas, tumores de SNC e tumores abdominais em crianças e adolescentes; variável categórica, policotômica: concordo, discordo ou indeciso.

- Conhecimento dos serviços de referência para câncer pediátrico em Pernambuco: identificação dos serviços especializados no atendimento de crianças e adolescentes portadores de câncer; variável categórica; policotômica, pós-codificada.

4.7 Coleta de dados

4.7.1 Instrumentos de coleta de dados:

O questionário auto-aplicável foi construído para a pesquisa, constituindo-se fundamentalmente, por perguntas fechadas dicotômicas e de múltipla escolha, com o entrevistado tendo assinalado uma delas, bem como de perguntas semi-abertas com a alternativa "outras" (Apêndice 2). As informações relacionadas às neoplasias pediátricas de maior prevalência foram obtidas por intermédio de perguntas fechadas com as opções concordo, discordo e indeciso. Foi realizado um estudo piloto para proceder aos ajustes necessários no instrumento de coleta. Cada participante recebeu uma carta, prestando maiores esclarecimentos sobre a pesquisa e reforçando a importância do correto preenchimento do questionário (Apêndice 4).

4.7.2 Controle de qualidade das informações:

O questionário foi revisto pelo pesquisador principal, imediatamente após a coleta. Nas situações em que se constatou ausência de resposta foi solicitado ao entrevistado que completasse o preenchimento dos dados.

4.8 Processamento dos dados:

As respostas para as perguntas pré-codificadas com a opção “outras” foram listadas e receberam um código específico. Foi criado um banco de dados no programa estatístico de domínio público Epi-Info 6.0. Ao término da digitação foi feita cuidadosa revisão do banco de dados, buscando identificar e corrigir eventuais erros. Os formulários foram consultados quando houve dúvidas em relação à digitação.

4.9 Análise dos dados:

Obteve-se, inicialmente, uma listagem de distribuição de freqüência das variáveis. Para as variáveis categóricas e as ordinais foi utilizada a proporção. Depois, todas as variáveis foram cruzadas com o período de estudo. Os conhecimentos sobre neoplasias malignas pediátricas, a percepção de necessidade e o interesse em adquirir conhecimento, a auto-avaliação da capacidade de suspeição, do conhecimento e da necessidade de adquirir conhecimento foram cruzadas com o tipo de atuação que pretende ter no mercado de trabalho. A performance obtida nos acertos das questões referentes a epidemiologia, clínica e laboratório foram também cruzadas com a realização de rodízio obrigatório em emergência pediátrica. A significância da associação entre conhecimentos e o tipo de atuação que pretende ter no mercado de trabalho foi avaliada pelo teste exato de Fisher, quando pertinente, com um intervalo de confiança de 95%.

Neste estudo, para avaliar as questões relacionadas à epidemiologia, clínica e laboratório, foi definido um ponto de corte que permitiu classificar três categorias. Um percentual de acertos igual e acima de 75% foi considerado como muito bom, entre 5 e 74% como satisfatório e abaixo de 50% como insatisfatório.

4.10 Aspectos éticos:

A presente pesquisa atendeu aos postulados da declaração de Helsinque (emendada em Hong-Kong) e à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, assim, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP (apêndice 3) . A coleta de dados foi iniciada somente após sua aprovação. Todos os respondentes concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação de um questionário concebido com o propósito de não acarretar danos aos estudantes pesquisados.

Erro! Não é possível criar objetos a partir de códigos de campo de edição.

5-RESULTADOS

5.1-Características sócio-demográficas, cenários das práticas e experiência com câncer pediátrico

Na Tabela 1, observa-se uma proporção mais elevada do sexo feminino entre os estudantes participantes desta pesquisa (56,1%) sendo a maior proporção no 11º período (67,6%). Aproximadamente três quartas partes têm idade entre 21 e 24 anos. Um percentual correspondente a 58,5% informou a pretensão de inserir-se no mercado de trabalho imediatamente após a conclusão do curso, expectativa que prevaleceu entre aqueles do 10º período (74,2%), sendo as duas principais opções a Estratégia de Saúde da Família e a prática Clínica Geral. As freqüências globais da pretensão de trabalhar foram iguais em ambas as opções (47,9%), sendo que a distribuição da forma de inserção por período do curso mostrou uma expectativa significativamente maior de vinculação à Saúde da Família entre os estudantes do 9º período .

Variáveis	Período							
	9º N=14		**10º** N=31		**11º** N=37		**Total** N=82	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sexo								
Masculino	8	57,1	16	51,6	12	32,4	36	43,9
Feminino	6	42,9	15	48,4	25	67,6	46	56,9
Idade								
21-24 anos	13	92,9	20	64,6	30	81,1	63	76,9
25-29 anos	1	7,1	9	29,0	7	18,9	17	20,7
≥ 30 anos	-	-	2	6,4	-	-	2	2,4
Inserção no mercado de trabalho logo após conclusão do curso								
Sim	6	42,9	23	74,2	19	51,3	48	58,5
Não	8	57,1	8	25,8	18	48,7	34	41,5
Forma de inserção no mercado de trabalho								
Clínica Médica	1	16,7	13	56,5	9	47,4	23	47,9
USF	5	83,3	9	39,1	9	47,4	23	47,9
Outros	-	-	1	4,4	1	5,2	2	4,2

Tabela 1: Características sócio-demográficas, segundo o período do curso de medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007

De acordo com a Tabela 2, uma elevada proporção de estudantes havia feito o rodízio de pediatria no IMIP, observando-se diferença entre os locais de rodízio quando se leva em consideração o período do curso. Um pouco mais da metade realizou rodízio nos serviços de Emergência Pediátrica e praticamente todos os estudantes do 11º período já o realizaram, apresentando uma maior diversificação de locais de rodízio em relação aos demais. A

Unidade de Saúde da Família foi campo de estágio obrigatório para 62,2% dos estudantes, principalmente aqueles do 11º período (97,3%).

Apenas 8,5% dos entrevistados não tiveram contato com paciente pediátrico portador ou suspeitos de câncer nas atividades curriculares. A experiência do contato foi acentuadamente maior na enfermaria (80,5%). Todos aqueles do 9º período informaram a ocorrência do contato com o câncer pediátrico.

Tabela 2: Perfil dos rodízios obrigatórios e experiência de contato com câncer pediátrico, segundo o período do curso de medicina, Recife, Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas- outubro de 2006 - maio de 2007

Observa-se na Tabela 3 que 17,1% dos estudantes realizaram atividades extracurriculares em pediatria, 85,7% em atividades de extensão, com metade destes sendo no IMIP (1 estudante do 11° período realizou extensão e iniciação científica). Uma proporção de 31,7% teve contato durante estas atividades com crianças e ou adolescentes com hipótese ou diagnóstico confirmado de câncer. O contato ocorreu principalmente no IMIP (38,5%) e no HUOC (34,6%)

	Período							
Variáveis	**9º** N=14		**10º** N=31		**11º** N=37		**Total** N=82	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Local do rodízio em pediatria								
IMIP	14	100	26	83,9	32	86,5	72	88
Outros	-	-	5	16,1	5	13,5	10	
Emergência Pediátrica								
Sim	2	14,4	9	29,0	35	94,6	46	56,1
Não	12	85,7	22	71,0	2	5,4	36	43,9
Local de rodízio em Emergência Pediátrica								
Hospital da Restauração	-	-	2	22,2	13	37,1	15	18,3
IMIP	2	100	7	77,8	26	74,3	35	42,7
Hospital Barão de Lucena	-	-	-	-	17	48,6	17	20,7
Hospital Helena Moura	-	-	-	-	6	17,1	6	7,3
Maternidade Barros Lima	-	-	-	-	6	17,1	6	7,3
Rodízio em Unidade de Saúde da Família								
Sim	6	42,9	9	29,0	36	97,3	51	62,2
Não	8	57,1	22	71,0	1	2,3	31	37,8
Contato com câncer pediátrico no rodízio curricular								
Sim	14	100	27	87,1	34	91,9	75	91,5
Não	-	-	4	12,9	3	8,1	7	8,5
Local do contato com câncer Pediátrico no rodízio curricular								
Ambulatório	4	28,6	9	33,3	8	23,5	21	25,6
Enfermaria	14	100	24	88,9	28	82,3	66	80,5
Emergência	-	-	7	25,9	14	41,2	21	25,6
USF	-	-	-	-	1	2,9	1	1,2

Tabela 3: Perfil das atividades extracurriculares e experiência de contato com câncer pediátrico, segundo o período do curso de medicina, Faculdade de Ciências Médicas Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007.

5.2- Acesso à informação sobre as neoplasias pediátricas mais freqüentes.

Analisando-se as formas de acesso ao conhecimento de câncer pediátrico em

Variáveis	Período							
	9º N=14		**10º** N=31		**11º** N=37		**Total** N=82	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Atividades extracurriculares em pediatria								
Sim	3	21,4	4	12,9	7	18,9	14	17,1
Não	11	78,6	27	87,1	30	81,1	68	89,2
Atividades extracurriculares em pediatria realizadas								
Extensão	3	100	4	100	5	71,4	12	85,7
Iniciação científica	-	-	-	-	3	42,8	3	21,4
Local das atividades extracurriculares em pediatria								
Hospital da Restauração	-	-	1	25,0	-	-	1	7,1
IMIP	2	66,7	1	25,0	4	57,1	7	50,0
HUOC	-	-	-	-	3	42,9	3	21,4
CISAM	-	-	1	25,0	-	-	1	7,1
USF	1	33,3	-	-	-	-	1	7,1
Outros	-	-	1	25,0	2	28,6	3	21,4
Contato com câncer pediátrico em rodízio extracurricular								
Sim	4	28,6	15	48,4	7	18,9	26	31,7
Não	10	71,4	16	51,6	30	81,1	56	68,3
Local do contato com câncer pediátrico nas atividades extracurriculares								
Hospital Barão de Lucena	-	-	1	6,7	1	14,3	2	7,7
IMIP	2	50,0	4	26,7	4	57,1	10	38,5
Hospital Agamenon Magalhães	-	-	2	13,3	-	-	2	7,7
HUOC	2	50,0	5	33,3	2	28,6	9	34,6
Hospital da Restauração	-	-	3	20,0	1	14,3	1	3,8
Outros	-	-	3	20,0	-	-	3	11,5

atividades curriculares, a Tabela 4 mostra que 72% dos estudantes tiveram aulas expositivas sobre o assunto, sendo a maior freqüência entre aqueles do 9º período. Um percentual correspondente a 92,7% discutiu casos clínicos de câncer pediátrico, sendo que todos do 9º período realizaram esta atividade. O acesso a conhecimentos por meio de seminários foi informado por 47,6% dos estudantes, sendo maior no 10º período (61,3%). Uma proporção de 29,2% não lembrava da atividade, principalmente entre os estudantes do 9º período (35,7%), entre os quais uma proporção semelhante mencionou que teve seminários e que não lembravam de ter tido seminários.

Tabela 4: Formas de acesso ao conhecimento em oncologia pediátrica durante atividades curriculares, segundo o período do curso de medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007

Conforme a Tabela 5, para 85,4% dos estudantes os conhecimentos em oncologia pediátrica foram adquiridos por intermédio de material didático médico, com todos do 9º período informando esta maneira de acesso. Uma grande proporção (68,3%), obteve conhecimento por meio da internet, com 92,8% correspondendo ao 9° período.O curso preparatório para residência foi meio de acesso em 26,9% dos casos, sendo mais freqüente no

	Período							
Variáveis	**9º** N=14		**10º** N=31		**11º** N=37		**Total** N=82	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Aula expositiva								
Sim	12	85,7	21	67,7	26	70,3	59	72,0
Não	2	14,3	7	22,6	3	8,1	12	14,6
Não lembra	-	-	3	9,7	8	21,6	11	13,4
Discussão de casos clínicos								
Sim	14	100	28	90,4	34	91,9	76	92,7
Não	-	-	1	3,2	-	-	1	1,2
Não lembra	-	-	2	6,4	3	8,1	5	6,1
Seminários								
Sim	5	35,7	19	61,3	15	40,5	39	47,6
Não	4	28,6	5	16,1	10	27	19	23,2
Não lembra	5	35,7	7	22,6	12	32,5	24	29,2

11º período (48,6%).

Tabela 5: Outras formas de acesso ao conhecimento em oncologia pediátrica, segundo o período do curso de medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007.

Foi relatado também por uma quinta parte dos estudantes (19,5%) uma experiência pessoal com câncer pediátrico, destes, 25% responderam ter uma envolvimento afetivo muito grande com a criança ou adolescente doente.

Variáveis	Período							
	9º N=14		**10º** N=31		**11º** N=37		**Total** N=82	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Livros, revistas e/ou jornais médicos	14	100	27	87,1	29	78,4	70	85,4
Internet	13	92,8	21	67,7	22	59,4	56	68,3
Curso preparatório para residência	-	-	4	12,9	18	48,6	22	26,9
Revistas/jornais	3	21,4	11	35,5	8	21,6	22	26,9
Televisão	5	35,7	9	29,0	9	24,3	23	28,1
Livros (romance/ficção)	1	7,1	3	9,7	-	-	4	4,9

5.3-Conhecimentos relacionados ao diagnóstico precoce das principais neoplasias pediátricas

Analisando-se a Tabela 6, referente às questões de conhecimento em epidemiologia do câncer pediátrico, encontra-se que 70,7% dos estudantes responderam corretamente à questão

sobre as neoplasias pediátricas mais freqüentes, 70,7% dos estudantes responderam corretamente. Em relação aos fatores de risco para câncer pediátrico, 53,6% dos estudantes obtiveram acerto, com 29,3% permanecendo indecisos. Quando investigado os fatores de risco apenas das leucemias agudas, 73,2% dos estudantes responderam corretamente, enquanto 61% dos estudantes responderam de forma incorreta ou mostraram-se incorreta ou mostraram-se indecisos em relação aos fatores de risco para Tumores de Wilms.

Tabela 6: Distribuição dos percentuais de correção, incorreção e indecisão nas respostas relacionadas à epidemiologia do câncer pediátrico, entre estudantes de medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007

Na Tabela 7 são mostrados os resultados dos conhecimentos sobre as manifestações clínicas e os aspectos laboratoriais relacionados ao câncer pediátrico. Na primeira questão, referente às manifestações precoces do câncer, o percentual de respostas incorretas de 46,3%, enquanto que nos achados de exame físico importantes para diagnóstico precoce, 79,3% dos

Variáveis N= 82	**Correçao**		**Incorreção**		**Indecisão**	
	nº	%	Nº	%	nº	%
Neoplasias pediátricas mais freqüentes	58	70,7	19	23,2	5	6,1
Fatores de risco para câncer pediátrico	44	53,6	14	17,1	24	29,3
Fatores de risco para Leucemias agudas	60	73,2	13	15,8	9	11,0
Fatores de risco para Tumores de Wilms	32	39,0	25	30,5	5	30,5

estudantes pesquisados responderam de forma correta. Em relação à localização mais freqüente dos Linfomas não Hodgkin no Brasil, o percentual de indecisos foi elevado (45,1%,

entre todos os estudantes). Considerando a pergunta sobre a localização dos Linfoma de Hodgkin, 58,5% dos pesquisados responderam errado.No que diz respeito aos sintomas dos tumores do SNC, o índice de acerto foi de 56,1% . Em relação à sintomatologia do neuroblastoma, foi obtido um percentual de 59,8% de respostas corretas.

Nas questões referentes aos achados laboratoriais, foi encontrado um percentual de acerto de 92,7% quando foi investigada a relação entre possibilidade de leucemia e número total de leucócitos, ficando em 54,4% de acertos quando foi pesquisada a relação de leucemia e presença obrigatória de blastos em sangue periférico.

Tabela 7: Distribuição dos percentuais de correção, incorreção e indecisão nas respostas relacionadas à clínica e ao laboratório no câncer pediátrico, entre estudantes de medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007

Variáveis N= 82	Correção		Incorreção		Indecisão	
	nº	%	nº	%	nº	%
Clínica						
Manifestações valorizadas no diagnóstico precoce	32	39,0	38	46,3	12	14,7
Achados no exame físico importantes para o diagnóstico precoce	65	79,3	7	8,5	10	12,2
Localização mais freqüente do Linfoma não Hodgkin em pediatria	34	41,5	11	13,4	37	45,1
Formas habituais de apresentação do Linfoma de Hodgkin em pediatria	19	23,2	48	58,5	15	18,3
Manifestação comum dos tumores de Sistema Nervoso Central	46	56,1	17	20,7	19	23,2
Manifestações comuns dos neuroblastomas	49	59,8	2	2,4	31	37,8
Laboratório						
Relação entre número total de leucócitos e leucemia	76	92,7	4	4,9	2	2,4
Relação entre presença obrigatória de blastos em sangue periférico e leucemia	45	54,9	30	36,6	7	8,5

A

Tabela 8 revela um percentual de acerto total de 70,7% no tocante à identificação das neoplasias pediátricas mais freqüentes, com os estudantes do 9º período correspondendo a 92,9%. Uma proporção de 53,6% do total de estudantes informou corretamente os fatores de risco para o câncer pediátrico. Ao redor de 73,2% acertaram os fatores de risco para as leucemias agudas, sendo maior no 11º período (83,8%). Ao serem considerados os fatores de risco para os tumores de Wilms, 39% das respostas foram corretas, sendo discretamente maior no 11º período (45,9%).

Tabela 8: Respostas corretas relacionadas à epidemiologia do câncer pediátrico, segundo o período do curso de medicina, Faculdade de Ciências Médicas Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007

Variáveis	Respostas Corretas							
	9º N=14		**10º** N=31		**11º** N=37		**Total** N= 82	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Epidemiologia								
Neoplasias pediátricas mais freqüentes	13	92,9	17	54,8	28	75,7	58	70,7
Fatores de risco para câncer pediátrico	8	57,1	17	54,8	19	51,3	44	53,6
Fatores de risco para leucemias agudas	10	71,4	19	61,3	31	83,8	60	73,2
Fatores de risco para Tumores de Wilms	3	21,4	12	38,7	17	45,9	32	39,0

Quando avaliadas as questões referentes à clínica e ao laboratório, mostradas na Tabela 9, encontrou-se um percentual geral de acerto de 39% em relação às manifestações precoces do câncer pediátrico, observando-se diferença entre os períodos. Constatou-se uma proporção de acerto geral de 79,3% na questão sobre os achados importantes no exame físico, correspondendo a 92% para os estudantes do 9º período. Aproximadamente dois quintos dos estudantes informaram corretamente a localização mais freqüente dos Linfomas não Hodgkin no Brasil. Obtiveram-se 23,2% de respostas corretas ao perguntar sobre as formas habituais de apresentação dos Linfomas de Hodgkin, sendo menor no 9º período (9,7%). Respectivamente, 52,4% e 56,1% dos estudantes souberam informar as manifestações comuns dos tumores de SNC e dos neuroblastomas. Nas perguntas relativas ao laboratório, encontra-se um acerto geral de 93,5% quando foi considerada a relação entre número total de leucócitos e leucemia, com 100% de acerto no 9º período. O acerto geral em relação à obrigatoriedade da presença de blastos em sangue periférico foi de 54,8%, sendo maior no 11º período (73%).

Tabela 9-Respostas corretas relacionadas à clínica e ao laboratório no câncer pediátrico, segundo o período do curso de medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007

Variáveis	Respostas Corretas							
	9º N=14		10º N=31		11º N=37		Total N= 82	
	Nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Clínica								
Manifestações valorizadas no diagnóstico precoce	4	28,6	10	32,2	18	48,6	32	39,0
Achados no exame físico importantes para diagnóstico precoce	13	92,8	21	67,7	31	83,8	65	79,3
Localização mais freqüente do Linfoma Não Hodgkin no Brasil	6	42,8	12	38,7	16	43,2	34	1,4
Formas habituais de apresentação do Linfoma de Hodgkin em pediatria	5	35,7	3	9,7	11	29,7	19	23,2
Manifestação comum dos tumores de SNC	7	50,0	17	54,8	19	51,3	43	52,4
Manifestações comuns dos neuroblastomas	7	50,0	18	58,1	21	56,7	46	56,1
Laboratório								
Relação entre número total de leucócitos e leucemia.	14	100,0	29	93,5	33	89,2	76	93,6
Relação entre presença obrigatória de blastos no sangue periférico e leucemia	7	50,0	11	35,5	27	73,0	45	54,8

Com a Tabela 10, referente aos certos obtidos entre todas as 12 questões aplicadas relacionadas ao diagnóstico precoce das principais neoplasias pediátricas (epidemiologia, manifestações clínicas e laboratoriais), observa-se que 52,4% dos estudantes tiveram entre 5 e

7 respostas corretas, com o 10º período correspondendo a 64,5%. Uma proporção equivalente a 35,4% acertou entre 8 e 10 questões, sendo maior no 11º período (51,3%). Nenhum estudante teve menos de 2 acertos ou mais de 11 acertos.

Tabela 10: Relação do número total de respostas corretas (do total de 12) em relação ao período, Faculdade de Ciências Médicas, Recife-Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007.

Variáveis	**Períodos**							
	9º N=14		**10º** N=31		**11º** N=37		**Total** N=82	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
2-4 acertos	1	7,1	5	16,1	3	8,1	9	11,0
5-7 acertos	8	57,2	20	64,5	15	40,6	43	52,4
8-10 acertos	4	28,6	6	19,4	19	51,3	29	35,4
11 acertos	1	7,1	-	-	-	-	1	1,2

Na tabela 11, relacionando-se o percentual total de acertos com a realização do rodízio em Emergência Pediátrica, observa-se que os estudantes que já realizaram o rodízio obtiveram um maior percentual de respostas corretas nas questões referentes à epidemiologia (entre 3 e 4 num total de 4) e ao laboratório (2 num total de 2), embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Já em relação à clínica os que realizaram rodízio mostraram uma discreta tendência para apresentar diferença significativa na proporção de acertos (entre3 e 6 num total de 6) em comparação com os demais.

Tabela 11: Respostas corretas relacionadas à epidemiologia, clínica e laboratório no câncer pediátrico, segundo realização de rodízio obrigatório em Emergência Pediátrica. Faculdade de Ciências Medicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007

Variáveis	Rodízio em Emergência Pediátrica				
	Sim N= 46		Não N=36		
	nº	%	nº	%	*P**
Acertos em Epidemiologia					
Nenhum	3	6,5	1	2,8	
1-2	20	43,5	23	63,9	0,172
3-4	23	50,0	12	33,3	
Acertos em Clínica:					
Nenhum	-	-	2	5,5	
1-2	12	26,1	15	41,7	
3-4	30	65,2	15	41,7	0,092
5-6	4	8,7	4	11,1	
Acertos em Laboratório:					
Nenhum	2	4,3	1	2,8	
1	17	37,0	19	52,8	0,324
2	27	58,7	16	44,4	

*x^2= Teste exato de Fisher

5.4 Percepção dos estudantes em relação à necessidade e ao interesse em termos de conhecimento sobre câncer pediátrico e relacionando com o conhecimento encontrado e com a perspectiva de inserção no mercado de trabalho.

Pelos dados da Tabela 12, observa-se que uma concentração importante dos estudantes considerou regular o seu conhecimento em oncologia pediátrica (65,9%), principalmente no 9º período (85,7%). Ao redor de 31,7% disseram ter um nível de conhecimento péssimo ou nenhum conhecimento, sendo maior entre os estudantes do 11º período (37,9%). Foi possível constatar que a grande maioria dos estudantes (68,3%) considerou que tem uma capacidade regular de suspeição de casos de câncer pediátrico, enquanto apenas 4,9% informaram ter péssima capacidade de suspeição. Estes resultados apresentaram pouca variação em relação ao período.

Tabela 12: Auto-avaliação do estudante quanto ao conhecimento e à capacidade de suspeição de casos de câncer pediátrico, segundo o período do curso de medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007.

Variáveis	**9º** N=14		**10º** N=31		**11º** N=37		**Total** N=82	
	Nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Conhecimento em oncologia pediátrica :								
Muito grande	-	-	-	-	-	-	-	-
Grande	-	-	1	3,2	1	2,7	2	2,4
Regular	12	85,7	20	64,5	22	59,4	54	65,9
Péssimo	2	14,3	7	22,6	12	32,5	21	25,6
Nenhum	-	-	3	9,7	2	5,4	5	6,1
Capacidade de suspeição de casos de câncer pediátrico:								
Muito grande	-	-	-	-	-	-	-	-
Grande	4	28,6	8	25,9	10	27,0	22	26,8
Regular	9	64,3	21	67,7	26	70,3	56	68,3
Péssimo	1	7,1	2	5,4	1	2,7	4	4,9
Nenhuma	-	-	-		-	-	-	-

Os resultados da Tabela 13 evidenciam o alto percentual de estudantes que disseram sentir uma necessidade muito grande/grande de adquirir conhecimentos em oncologia pediátrica (75,6 %), em especial no 10º período (83,9%). Uma proporção elevada mostrou um interesse muito grande/grande em adquirir conhecimentos (72,0%), sendo maior entre estudantes do 11º período (81%).

Tabela 13: Auto-avaliação do estudante da necessidade e do interesse em adquirir conhecimento em oncologia pediátrica, segundo o período do curso de medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007.

Variáveis	**9º** N=14		**10º** N=31		**11º** N=37		**Total** N=82	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Necessidade de conhecimento em oncologia pediátrica:								
Muito grande	-	-	4	12,9	3	8,1	7	8,5
Grande	8	57,1	22	71,0	25	67,6	55	67,1
Regular	6	42,9	4	12,9	9	24,3	19	23,2
Pequena	-	-	1	3,2	-	-	1	1,2
Nenhuma	-	-	-	-	-	-	-	-
Interesse por conhecimento em oncologia pediátrica:								
Muito grande	1	7,1	7	22,6	5	13,5	13	15,9
Grande	6	42,9	15	48,4	25	67,6	46	56,1
Regular	6	42,9	9	29,0	7	18,9	22	26,8
Pequeno	1	7,1	-	-	-	-	1	1,2
Nenhum	-	-	-	-	-	-	-	-

De acordo com os resultados da auto-avaliação mostrados na Tabela 14, uma grande maioria dos estudantes (93,5%) reconheceu ter um conhecimento regular/péssimo em oncologia pediátrica, independente da perspectiva de inserção no mercado de trabalho. A capacidade de suspeição de casos de câncer pediátrico foi considerada regular e grande por

respectivamente, 65,2% e 28,3% dos estudantes, não sendo também modificada pela perspectiva de inserção.

Tabela 14: Auto-avaliação do estudante sobre o conhecimento e a capacidade de suspeição de casos de câncer pediátrico, segundo a perspectiva de inserção no mercado de trabalho, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007

Variáveis	**Clínica Médica** N=23		**USF** N=23		**Total** N=46	
	nº	%	nº	%	nº	%
Conhecimento em oncologia pediátrica :						
Muito grande	-	-	-	-	-	-
Grande	1	4,3	-	-	1	2,2
Regular	13	56,6	13	56,6	26	56,5
Péssimo	7	30,4	9	39,1	16	34,8
Nenhum	2	8,7	1	4,3	3	6,5
Capacidade de suspeição de casos de câncer pediátrico:						
Muito grande	-	-	-	-	-	-
Grande	7	30,4	6	26,0	13	28,3
Regular	15	65,3	15	65,3	30	65,2
Péssimo	1	4,3	2	8,7	3	6,5
Nenhuma	-	-	-	-	-	-

Na Tabela 15, encontra-se que a necessidade de adquirir conhecimento em oncologia pediátrica foi auto-avaliada como muito grande/grande em 76,1% dos estudantes, sendo próximo os valores obtidos quando foi levada em conta a perspectiva de inserção na Clínica Médica ou no Programa de Saúde da Família. O interesse geral manteve-se entre muito grande e grande no geral em 67,4% dos estudantes, também com valores aproximados nas duas expectativas de inserção no mercado de trabalho.

Tabela 15: Auto-avaliação do estudante sobre a necessidade e interesse em adquirir conhecimento, segundo a perspectiva de inserção no mercado de trabalho, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007

Variáveis	**Clínica Médica** N=23		**USF** N=23		**Total** N=46	
	nº	%	nº	%	nº	%
Necessidade de conhecimento em oncologia pediátrica						
Muito grande	1	4,3	3	13,0	4	8,7
Grande	17	73,9	14	61,0	31	67,4
Regular	4	17,5	6	26,0	10	21,7
Pequena	1	4,3	-	-	1	2,2
Nenhuma	-	-	-	-	-	-
Interesse por conhecimento em oncologia pediátrica						
Muito grande	4	17,5	4	17,5	8	17,4
Grande	10	43,4	13	56,5	23	50,0
Regular	9	39,1	6	26,0	15	32,6
Pequeno	-	-	-	-	-	-
Nenhum	-	-	-	-	-	-

A Tabela 16 mostra que em relação à epidemiologia e à clínica não houve diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes quando se levaram em conta a perspectiva de inserção no mercado de trabalho. No que diz respeito ao laboratório existiu uma tendência para maior acerto nas duas questões entre os que pretendem trabalhar na Estratégia de Saúde da Família.

Tabela 16: Respostas corretas relacionadas à epidemiologia, à clínica e ao laboratório do câncer pediátrico entre estudantes de medicina, segundo a perspectiva de inserção no mercado de trabalho, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007

Variáveis	**Clínica Médica** N=23		**USF** N=23		**Total** N=46		*P**
	Nº	%	nº	%	nº	%	
Epidemiologia							
Nenhum	2	8,7	2	8,7	4	8,7	
1-2	11	47,8	11	47,8	22	47,8	1,00
3-4	10	43,5	10	43,5	20	43,5	
Clínica:							
Nenhum	1	4,3	1	4,3	2	4,3	
1-2	12	52,2	11	47,8	23	50	1,00
3-4	10	43,5	11	47,8	21	45,7	
5-6	-	-	-		-		
Laboratório:							
Nenhum	3	13	-	-	3	6,5	
1	11	47,8	8	34,8	19	41,3	0,078
2	9	39,2	15	65,2	24	52,2	

x^2= Teste exato de Fisher

Observa-se na Tabela 17 que a maioria dos estudantes considerou seu conhecimento como regular (65,8%) e destes 53,7% acertaram entre 3 e 4 questões (do total de 4 questões de epidemiologia), percentual de acerto que não difere muito do valor encontrado para aqueles cujo conhecimento foi tido como péssimo ou nenhum (46,2%). Apenas 2,4% perceberam-se como tendo um conhecimento muito bom ou bom. A maioria percebe-se como tendo uma capacidade regular de suspeição de casos de câncer pediátrico (68,3%), dentre os quais 48,2% acertaram entre 3 e 4 questões de epidemiologia, valor pouco menor do que o observado para aqueles com conhecimento muito bom ou bom (54,5%). Apenas 4,9% disseram ter péssima ou nenhuma capacidade de suspeição. Ao serem avaliados os aspectos clínicos (total de 6

questões), a maioria dos estudantes considerou o seu conhecimento regular e, destes, 57,4% acertaram entre 3 e 4 questões. Os estudantes com conhecimento péssimo ou nenhum ficaram praticamente divididos entre 1e 2 e 3 e 4 questões respondidas corretamente. Metade dos estudantes que consideraram sua capacidade de suspeição muito boa/ boa acertou entre 3 e 4 questões, enquanto 57,4% daqueles com capacidade regular responderam corretamente entre 3 e 4 questões. Em relação ao laboratório, os dois estudantes com conhecimento muito bom/bom e 57,4% daqueles que consideraram seu conhecimento regular acertaram todas as questões (total de 2 questões). O maior percentual de respostas corretas para as duas questões (68,2%) foi encontrado entre os estudantes que consideraram ter capacidade muito boa/ boa de suspeição de casos de câncer pediátrico.

Tabela 17 -Relação entre auto-avaliação de estudantes do conhecimento e capacidade de suspeição do câncer pediátrico e número de acertos nos aspectos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais, Faculdade de Ciências Médicas- Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007

Variáveis	**Auto-avaliação do conhecimento**						**Auto-avaliação da capacidade de suspeição**					
	Muito bom/Bom N=2		Regular N=54		Péssimo/ Nenhum N=26		Muito boa /Boa N=22		Regular N=56		Péssima/ Nenhuma N=4	
	nº	%	nº	%	nº	%	Nº	%	nº	%	nº	%
Epidemiologia												
Nenhum	-	-	3	5,6	2	7,6	1	4,5	3	5,4	1	25,0
1-2	1	50,0	22	40,7	12	46,2	9	41,0	26	46,4	-	-
3-4	1	50,0	29	53,7	12	46,2	12	54,5	27	48,2	3	75,0
Clínica:												
Nenhum	-	-	3	5,6	1	3,8	-	-	3	5,4	1	25,0
1-2	1	50,0	19	35,2	13	50,0	11	50,0	20	35,7	2	50,0
3-4	1	50,0	31	57,4	12	46,2	11	50,0	32	57,1	1	25,0
5-6	-	-	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8	-	-
Laboratório:												
Nenhum	-	-	3	5,5	1	3,8	1	4,6	3	5,4	-	-
1	-	-	20	37,0	14	53,8	6	27,2	26	46,4	2	50,0
2	2	100	31	57,5	11	42,4	15	68,2	27	48,3	2	50,0

De acordo com a Tabela 18, 75,6% consideraram a sua necessidade de adquirir conhecimento em oncologia pediátrica como muito grande/grande e foram justamente estes que apresentaram um percentual mais elevado de acertos em relação à epidemiologia e à clínica. Aqueles que se auto-avaliaram como tendo um interesse grande/muito grande (a maioria dos estudantes) em adquirir conhecimento tiveram percentuais de acertos menores em epidemiologia e laboratório do que os estudantes que consideraram como sendo regular o próprio interesse.

Tabela 18: Relação entre auto-avaliação de estudantes de medicina sobre necessidade e interesse de adquirir conhecimentos em oncologia pediátrica e o número de acertos nos aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, Pernambuco, outubro de 2006 - maio de 2007

Variáveis	Auto-avaliação da necessidade de adquirir conhecimentos						Auto-avaliação do interesse de adquirir conhecimentos					
	Muito grande/ Grande N=62		Regular N=19		Pequena/ Nenhuma N=1		Muito grande/ Grande N=59		Regular N=22		Pequeno/ Nenhum N=1	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	Nº	%
Acertos em:												
Epidemiologia												
Nenhum	3	4,8	1	5,3	-	-	5	8,5	-	-	-	-
1-2	23	37,1	10	52,6	-	-	24	40,7	9	40,9	-	-
3-4	36	58,1	8	42,1	1	100	30	50,8	13	59,1	1	100
Clínica:												
Nenhum	3	4,8	1	5,3	-	-	3	5,1	1	4,5	-	-
1-2	23	37,1	10	52,6	-	-	25	42,4	8	36,4	-	-
3-4	35	56,5	8	42,1	1	100	31	59,6	12	54,6	-	-
5-6	1	1,6	-	-	-	-	-	-	1	4,5	1	100
Laboratório:												
Nenhum	3	4,8	1	5,3	-	-	4	6,8	-	-	-	-
1	26	41,9	8	42,1	-	-	25	42,4	9	40,9	-	-
2	33	53,3	10	52,6	1	100	30	50,8	13	59,1	1	100

Solicitou-se ao estudante que citasse o nome de três Hospitais de referência para o câncer pediátrico em Pernambuco, com a intenção de avaliar conhecimento de serviços onde o caso em suspeita fosse prontamente atendido. Todos s estudantes sabiam o nome de pelo menos um Hospital para onde encaminhar o caso diretamente. O IMIP e o Hospital Oswaldo Cruz foram os mais corretamente citados, com 96,3% e 89,0%, respectivamente. Chamou a atenção vários estudantes terem citado hospitais que não tratam o câncer pediátrico.

Erro! Não é possível criar objetos a partir de códigos de campo de edição.

6-DISCUSSÃO

O reconhecimento dos sinais e sintomas das principais neoplasias malignas pediátricas se faz necessário para todos os médicos, independente da especialidade a ser seguida, visto ser uma doença de alta letalidade, que têm o diagnóstico precoce como uma das armas para melhora da taxa de cura destas crianças, além da menor agressividade do tratamento. Para se pensar neste diagnóstico, é necessário ter conhecimentos[42].

A prática cotidiana e as pesquisas realizadas, anteriormente, no Serviço de Oncologia Pediátrica do IMIP mostraram o retardo no encaminhamento destes pacientes ao Serviço e a peregrinação por vários médicos até chegarem a este Hospital de referência. No presente estudo, a intenção foi avaliar os conhecimentos em oncologia pediátrica de estudantes de Medicina que desempenharão importante papel como médicos na sociedade.

Encontramos nesta pesquisa, um percentual importante de estudantes que têm a pretensão de inserir-se no mercado de trabalho, imediatamente, após o término do curso, para atuar como médicos generalistas. Os Serviços de Clínica Médica (que aqui englobam atendimento clínico geral, em Emergência Geral ou ambulatórios) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) representarão as principais portas de entrada destes estudantes ao mercado de

trabalho. Expectativa que torna ainda mais relevante a preocupação com a formação do médico em relação ao desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para suspeitar ou detectar precocemente as neoplasias pediátricas.

Tem-se observado uma procura freqüente pela ESF como forma de inserção no mercado de trabalho pelos recém-formados. Talvez, possa ser explicado por não exigir título de residência médica e pelo alto salário oferecido, bem acima da remuneração da residência ou de cursos de especialização[65]. Por outro lado, recentemente iniciou-se residência na ESF, tendo em vista a necessidade de melhor formação dos profissionais de nível superior integrantes da equipe.[66] No caso dos médicos, cabe considerar o grande espectro de doenças, variando com as faixas etárias, com que irão se deparar diariamente.

Em relação aos atendimentos na área de Clínica Médica, chamamos atenção para a importância no nosso trabalho, pois, estes profissionais muitas vezes são responsáveis pelo atendimento inicial de crianças, principalmente em cidades do interior do estado, em que não se dispõem de pediatras. Quando falamos de adolescentes, torna-se importante enfatizar que várias emergências pediátricas atendem apenas até 14 anos de idade, assim, aqueles com maior idade terminam sendo assistidos por clínicos gerais, aumentando o número de doenças ainda com espectro de enfermidades pediátricas que são vistas por médicos generalistas ou de outras especialidades que não pediatras.

Desde 2002, por iniciativa do Serviço de Oncologia Pediátrica do IMIP, estão sendo realizados cursos sobre noções básicas de oncologia pediátrica junto aos profissionais de nível superior do estado de Pernambuco[9]. Neste, são discutidos aspectos relacionados à epidemiologia, ao reconhecimento dos sinais e sintomas mais freqüentes das neoplasias pediátricas e também à orientação de como proceder quando da suspeita, facilitando o pronto encaminhamento destes pacientes e com serviço de contra-referência. A partir de 2003, esta

iniciativa contempla também os agentes comunitários de saúde da família, com uma pesquisa mostrando um impacto positivo no diagnóstico precoce [67.]

É reconhecida a importância do contato com o paciente para o aprendizado, sendo esta uma das diretrizes do internado sob a forma dos rodízios. Neste estudo, um aspecto bastante positivo foi o alto percentual de contato com casos de câncer pediátrico, nas atividades de enfermaria, durante o rodízio. Resultado que não surpreende, já que maioria dos estudantes realizou no IMIP o rodízio obrigatório em pediatria, que conta com um serviço de referência em oncologia pediátrica. Neste serviço, os estudantes acompanham o paciente no parecer oncológico e em toda a trajetória até o diagnóstico. O ambulatório e a emergência também foram importantes como locais de contato com câncer pediátrico, embora a emergência seja a porta de entrada do paciente no hospital, circunstância em que o paciente ainda encontra-se sob investigação diagnóstica, o que pode explicar não ter sido formulada ainda a hipótese de doença oncológica. Por sua vez, o menor percentual de contatos em nível ambulatorial pode ser explicado pela gravidade dos doentes que chegam tardiamente, sendo admitidos, principalmente, no setor de emergência [43].

É importante a avaliação das formas de conhecimento a que estes estudantes foram expostos durante o período de formação. A grande maioria (92,7%) respondeu ter tido acesso a casos de oncologia pediátrica por meio da discussão de casos clínicos, sendo que todos os estudantes do 9º período responderam afirmativamente. Este é um resultado bastante positivo, visto que os adultos, diferentemente das crianças, aprendem melhor em atividades práticas, quando esse conhecimento passa a ter significado em suas vidas profissionais [68]. Um percentual elevado também teve acesso a conhecimento por meio de aulas expositivas e seminários. No entanto, constataram-se discordâncias no tocante ao acesso curricular a conhecimento, pois, no mesmo período de estudo, houve quem afirmasse que realizou seminários e quem afirmasse que não realizou seminários. Houve também quem não se

lembrou de ter realizado esta atividade. Podemos interrogar o grau de interesse e envolvimento na atividade realizada. Cabe, também, considerar a possibilidade dos estudantes conformarem grupos distintos expostos a diferentes formas de ensino-aprendizagem.

Também é muito positivo o fato de que todos os estudantes tiveram acesso a conhecimento sobre o câncer pediátrico por outros meios, além da divulgação de caráter didático e científico representada pelos livros, revistas e ou jornais da área médica. A internet foi uma fonte relevante de informações e conhecimentos, sugerindo interesse pelo assunto, visto ser uma busca ativa do próprio estudante. Outros estudos demonstram a atual importância do uso da internet em medicina, tornando disponível o acesso a vários programas, acesso a bibliotecas, fóruns e guias clínicos. Os dados dos nossos estudos estão concordantes com estudo realizado em São Paulo, por Moura *et al.*, mostrando que 64% dos estudantes acessavam a internet para obter informações médicas[69]. O curso preparatório para residência foi um meio de acesso importante para os estudantes do 11º período, os quais estão mais próximos de realizar o processo de seleção.

Ao se investigar o conhecimento sobre as neoplasias pediátricas mais freqüentes no que concerne aos aspectos epidemiológicos, foi encontrado um percentual de respostas corretas de 70,7%, considerado satisfatório o que é importante, pois conhecer o perfil epidemiológico das doenças alerta o profissional para a suspeição dos casos e favorece o diagnóstico precoce. Em relação aos fatores de risco para o câncer pediátrico como um todo, foi considerado também satisfatório o fato de quase metade dos estudantes responderem corretamente, embora seja pertinente chamar a atenção que 29,3% não sabiam a resposta correta. Por exemplo, a neurofibromatose é uma doença que se caracteriza por alterações da pele e do sistema nervoso, com alta propensão ao desenvolvimento de tumores [70], sendo muito importante que o médico reconheça este quadro e saiba que é necessário um olhar especial para diagnosticar um possível câncer nesses pacientes.

Na questão de fatores de risco para leucemias agudas, houve um percentual satisfatório de respostas corretas. É preciso enfatizar a importância da disponibilidade deste conhecimento por todos os médicos, visto que portadores de imunodeficiências e síndromes genéticas, especialmente Síndrome de Down, apresentam uma incidência de leucemias entre 15 e 20 vezes maior do que a população geral[71].

Quando considerado as respostas em relação aos fatores de risco para tumores de Wilms, encontra-se um percentual de acerto insuficiente (39%). Este fato é preocupante, pois, os pacientes portadores de malformações genito-urinárias apresentam um risco maior de desenvolverem tumores renais, sendo necessário um acompanhamento mais próximo, com conhecimento desta probabilidade aumentada para ocorrência de câncer, que se possa realizar o diagnóstico precoce[34].

Avaliando-se as respostas em relação às questões clínicas, um percentual insatisfatório dos estudantes respondeu corretamente e 14,7% se mostraram indecisos no tocante às as manifestações que devem ser valorizadas no diagnóstico precoce. Podemos descrever as manifestações citadas como muito importantes para a detecção precoce de algumas neoplasias malignas. Entretanto, a maioria dos estudantes considerou a queda de cabelo como uma manifestação precoce, demonstrando neste quesito um desconhecimento de sinais e sintomas importantes.

Na questão referente aos achados não significativos para o diagnóstico precoce, houve um percentual de respostas corretas de 79,3%, considerado muito bom. As alternativas corretamente excluídas pela maioria dos estudantes são sinais de neoplasias que necessitam de intervenções médicas urgentes.

No que se refere à localização mais comum dos Linfomas não Hodgkin no Brasil observou-se um percentual de acerto insatisfatório, sendo bastante elevado o número de estudantes que se mostraram indecisos (45,1%). A maioria destes tumores no Brasil é de

localização abdominal, com os pacientes cursando com grandes massas abdominais, de rápido crescimento e comprometimento de estado geral[29]. Não é raro encontrarmos crianças com queixas de dor e aumento de volume abdominal que nem sequer foram examinadas e que são tratadas como parasitose intestinal. Julgamos ser uma informação importante a ser adquirida pelo estudante, pois é uma doença em que o impacto do diagnóstico precoce é extremamente importante na diminuição da agressividade do tratamento e na probabilidade de cura [28].

Os conhecimentos em relação à localização dos Linfomas de Hodgkin também se mostraram insatisfatórios. É uma informação essencial, visto que entre 60 e 90% dos Linfomas de Hodgkin se apresentam com linfonodomegalia cervical[30], manifestação comum a tantas outras doenças pediátricas, mas devendo o profissional médico estar atento para este diagnóstico diferencial.

Avaliando-se a questão em relação aos sintomas de tumores de SNC, encontra-se um percentual satisfatório de acertos, mas ainda com um alto percentual de erros e indecisos. Em trabalhos publicados, existem dados que afirmam serem os tumores de SNC os que mais sofrem atraso no diagnóstico, sendo os sintomas, na maioria das vezes, atribuídos a quadros de enxaqueca, parasitoses intestinais, distúrbios psicológicos[7.]

Quanto aos sintomas do neuroblastoma, o percentual de respostas corretas, de quase 60%, foi satisfatório. A proptose ocular já é uma manifestação de neuroblastoma avançado, metástatico, podendo ocorrer em pacientes com neuroblastoma associação deste sinal com febre e diarréia prolongada. Este conhecimento é muito relevante, visto a probabilidade de cura em estádios avançados de neuroblastoma ser extremamente baixa[15].

Em relação aos aspectos laboratoriais avaliados, encontramos que a maioria dos estudantes (92,7%), percentual considerado muito bom, sabe interpretar neste aspecto os resultados de um hemograma para reconhecer a possibilidade de existência de leucemia. É uma informação extremamente útil para o diagnóstico precoce, visto que o hemograma é um

exame de fácil acesso, muitas vezes feito de forma automatizada, o que torna necessária a solicitação de todas as séries hematológicas e interpretação de todo o exame. Em relação à presença de blastos em sangue periférico, o percentual de respostas corretas foi de 54,9%, considerado satisfatório, porém 36,6% dos estudantes ainda responderam errado. Pela mesma razão anterior, de automação dos exames, ou por falta de experiência do avaliador deste exame (ou realmente por não apresentar blastos na periferia), a suspeita de leucemia não pode ser afastada, se aliada a alterações e outras séries hematológicas e uma clínica sugestiva [22].

Finalmente, de um total de 12 questões relacionadas à epidemiologia, clínica e laboratório do câncer pediátrico, 56,4% dos estudantes respondeu corretamente entre 5 e 7 questões, percentual considerado satisfatório. Em trabalho realizado na Bahia sobre os conhecimentos de oncologia pediátrica entre médicos, dentistas, enfermeiras e agentes de saúde (em Unidades de Saúde da Família), o percentual de acerto das questões entre os médicos foi de 60%[54].

O rodízio em emergência pediátrica é obrigatório pela faculdade. Em trabalho realizado em Minas Gerais, observou-se que apenas 11% dos estudantes tinham segurança para realizar o atendimento pediátrico emergencial, o que gerou modificações no currículo e intensificação da capacitação[71]. Como mencionado anteriormente, médicos generalistas (em especial nos serviços do interior do estado) atendem toda a demanda, tornando essencial o conhecimento das manifestações clínicas e agravos mais freqüentes da faixa etária pediátrica, em especial aquelas que necessitam atendimento de emergência. Por entendermos que a porta de entrada para crianças com câncer é a emergência pediátrica e para adolescentes é, com freqüência, uma emergência geral, avaliamos se o rodízio curricular em emergência pediátrica traria modificações no conhecimento dos estudantes de medicina. Encontramos que houve uma tendência de maior acerto em relação às questões de epidemiologia, clínica e laboratório quando os estudantes já haviam realizado rodízio curricular na emergência pediátrica.

Ao ser avaliado o conhecimento acerca do sistema de referência, pelo menos um hospital foi corretamente citado por todos os estudantes, sendo o IMIP e o Hospital Universitário Oswaldo Cruz os mais lembrados. Alguns estudantes citaram como hospitais de referência outros serviços, mas que não têm nenhuma relação com oncologia pediátrica. Saber que hospitais possuem um serviço especializado é extremamente necessário neste tema, visto que o encaminhamento a hospitais não especializados causa retardo no início do tratamento[43].

Ao serem investigadas as opiniões dos estudantes sobre os próprios conhecimentos no tema "oncologia pediátrica", encontramos que a maioria dos estudantes se colocou como regular/péssimo. Porém ao serem interrogados sobre a sua capacidade de suspeição de câncer em uma criança e/ou adolescente, a maioria alterou suas respostas para grande/regular capacidade de suspeição. Apesar de não acharem o conhecimento adequado, a maior parte julgou ter bom preparo para a suspeição de um caso. Interpretamos estes achados como contraditórios, pois o conhecimento é necessário para o reconhecimento do quadro e posterior suspeição. Talvez julguem terem poucas informações, mas as necessárias para um atendimento adequado.

Também foi investigada a necessidade individual dos estudantes em obter conhecimentos no assunto, com 75,6% dos estudantes afirmando ser muito grande/ grande, mostrando que os mesmos reconhecem a importância do tema na futura profissão. Percentual importante revelou ter um interesse muito grande/ grande em obter conhecimentos em oncologia pediátrica. Também algo contraditório em relação ao descrito no parágrafo anterior. Se existem necessidade e interesse grandes como reconhecidos pelos próprios estudantes, não se deveria concluir que as informações já disponíveis são suficientes para levar a suspeição dos casos.

Na auto-avaliação da necessidade de adquirir conhecimentos, grande parte dos estudantes respondeu ser muito grande/grande. Estes tiveram um percentual maior de acertos

em epidemiologia e clínica quando comparados aos que responderam esta necessidade como regular. Esta diferença pode ser explicada considerando que os que informaram ter necessidade de adquirir conhecimentos muito grande/grande estejam também mais interessados.

Trabalhos sugerem que existe necessidade de adquirir conhecimentos quando ocorrem inconsistências ou lacunas neste conhecimento dos estudantes e estas lacunas são reconhecidas nas áreas em que os mesmos consideram relevantes, sendo esta relevância com variância pessoal: conceitos, realidade e metas e com a possibilidade destas informações serem usadas em futuras situações[72].

Muitos estudos têm sido realizados em investigação de conhecimentos entre estudantes de medicina sobre estruturas curriculares e opinião dos estudantes sobre os cursos e possíveis abordagens para melhora no ensino teórico e prático.

Estudos internacionais foram publicados mostrando a importância crescente do ensino da oncologia como um todo (geral e pediátrica), porém carecem da tradição dentro dos cursos médicos que os estudos sobre outras especialidades possuem. O rápido desenvolvimento da especialidade é motivado por uma importância cada vez maior das neoplasias malignas na saúde pública, pelo aumento de sua incidência, surgimento de exames que permitem rastreamento (em adultos) e diagnóstico precoce, o que leva a uma aumento da sobrevida. Estes fatos são também importantes na pediatria, especialmente com a queda da mortalidade por doenças imunopreveníveis, com o câncer sendo responsável por uma alta mortalidade em todo o mundo. Nos países em desenvolvimento, onde vivem cerca de 90% de todas as crianças do mundo considera-se que haverá um importante crescimento desta doença [73].

Em vista das razões expostas, o ensino da oncologia nos cursos formadores de médicos se torna extremamente importante. Sabe-se que uma grande parte dos estudantes entrará no mercado como médico generalista, portanto, necessitando ter conhecimentos

básicos que permitam levar a suspeita diagnóstica das neoplasias pediátricas mais freqüentes. O interesse dos estudantes deve ser estimulado por meio de o programa educacional que tenha objetivos bem definidos.

Reconhece-se que na prática o ensino da oncologia é dado sem que exista, na maioria das faculdades, uma metodologia e programa bem definidos a serem oferecidos aos estudantes[51]. Em diversos trabalhos pode-se observar esta preocupação com o ensino de oncologia há várias décadas, com artigos desde 1974 mostrando a importância do tema. Muitos países desenvolvidos criaram programas e diretrizes curriculares mínimas para serem seguidas e mantêm avaliação constante da qualidade destes programas, por meio de questionários aplicados aos estudantes e opinião dos mesmos sobre o ensino. Atualmente existem mais trabalhos sobre o tema publicados em países em desenvolvimento, como Índia, México, Honduras, entre outros, mostrando agora esta preocupação, provavelmente pelas razões já citadas do aumento da incidência e pelo problema de saúde pública que representa [35,74,75].

A maior parte dos estudos é realizada visando avaliar conhecimentos em oncologia clínica, sendo que muitos analisam o comportamento dos estudantes frente ao câncer, visto ser reconhecido que as atitudes negativas e a visão do câncer como uma doença sempre fatal, acompanhada de muita dor e sofrimento, afasta os estudantes de um maior aprofundamento sobre a doença. Em pediatria existem trabalhos adaptando a metodologia utilizada para oncologia clínica, se observando que os estudantes têm um maior contato com crianças com câncer e com atitudes mais positivas. Poucos estudos avaliam os conhecimentos e atitudes práticas frente ao câncer infantil, especialmente referente ao diagnóstico precoce, o qual já foi reconhecido como a medida mais eficaz a ser tomada por médicos não especialistas quando deparados com a suspeita de um câncer em crianças e adolescentes[50].

No Brasil existem vários artigos publicados[1,42,51,53] que relatam a preocupação com o ensino nas faculdades médicas, visando o melhor preparo destes estudantes. Alguns trabalhos são realizados em relação ao ensino da oncologia, com definições de conteúdos básicos e melhores maneiras de promover este ensino e também investigações da implantação destas diretrizes, que infelizmente ainda mostram a oncologia sendo ensinada de forma fragmentada e com resistências à implantação de uma metodologia organizada.

Existem estudos no Brasil [7,42,52]direcionados à importância do diagnóstico precoce em oncologia pediátrica , do papel de todos profissionais ligados à saúde nesta luta e dos motivos do atraso deste diagnóstico, sendo reconhecido que a falta de conhecimento básico entre os médicos que atendem estas crianças e adolescentes é um fato comum e que este atraso tem influência na probabilidade de cura destas crianças, pois muitos nem têm o diagnóstico definido ou chegam já para início de tratamento com o quadro bastante avançado em estadiamento e em morbidades associadas.

No presente estudo, apesar do índice de acerto geral ter sido satisfatório, encontra-se que existe desconhecimento de aspectos básicos sobre epidemiologia e clínica do câncer pediátrico que dificultam o diagnóstico precoce. Desconhecimento que pode ser provocado por fatores relacionados ao acesso a informações sobre o assunto, interesse dos estudantes e forma de apresentação do conteúdo. Os estudantes, em sua maioria, pretendem entrar no mercado de trabalho logo após a conclusão do curso, porém sentem necessidade de conhecimento em oncologia pediátrica. Sugerimos, então, que seja aumentado o acesso a conhecimento teórico, ensinando a relevância do tema e a responsabilidade do médico com o diagnóstico precoce. É importante também promover um maior contato dos estudantes com crianças e adolescentes portadores de câncer na atenção hospitalar, propiciando maior participação em discussões de casos clínicos e acompanhamento dos pacientes até o diagnóstico firmado.

O reconhecimento da necessidade de conhecimento a partir da vivência cotidiana, certamente, desperta e aumenta o interesse profissional por este tema de importância fundamental para a saúde e qualidade de vida da população.

Erro! Não é possível criar objetos a partir de códigos de campo de edição.

7. CONCLUSÕES

1- Mais da metade dos estudantes pretende se inserir no mercado de trabalho como médicos logo ao término do curso, praticamente todos como clínicos gerais e integrantes da equipe de saúde da família. Neste contexto, o ensino das noções básicas de oncologia pediátrica, as quais são imprescindíveis para realização do diagnóstico precoce, adquire uma importância ainda maior.

2- A maioria dos estudantes teve contato com crianças e/ou adolescentes com suspeita ou diagnóstico de câncer quando realizou o rodízio obrigatório em pediatria, particularmente no IMIP, mostrando a importância do setor de Oncologia Pediátrica desta instituição na formação médica.

3- Os estudantes que haviam realizado rodízio obrigatório em Emergência Pediátrica apresentaram uma tendência a ter melhor desempenho em relação aos conteúdos que foram avaliados.

4- A discussão de casos clínicos se mostrou como principal estratégia de ensino-aprendizagem sobre o tema durante as atividades curriculares, o que nos parece adequado, pois há uma melhor apreensão do assunto quando ensinados na prática.

4- Foi encontrado um nível satisfatório de conhecimento e práticas em relação a questões ligadas à epidemiologia, clínica e laboratório do câncer pediátrico, quando se considera que os resultados devem ser interpretados no âmbito de atuação do generalista. Contudo, muitos pontos essenciais ao reconhecimento precoce dos tumores malignos permanecem ainda desconhecidos de grande parte dos estudantes.

5- Estes estudantes expressam a necessidade de adquirir mais conhecimentos em oncologia pediátrica, reconhecendo as limitações do conhecimento que dispõem sobre o tema. Eles revelam também um grande interesse, mas é preciso estimular ainda mais a consciência sobre a importância do diagnóstico precoce.

6- A preparação adequada de futuros médicos – muitos dos quais atuarão na atenção básica à saúde, em especial por meio da Estratégia de Saúde da Família – pressupõe alimentar no dia-a-dia do processo de formação o compromisso com o aprendizado teórico e prático essencial para desenvolver a capacidade de suspeição de casos e de realização do encaminhamento oportuno a um centro de referência.

Erro! Não é possível criar objetos a partir de códigos de campo de edição.

8- REFERÊNCIAS

1. Barrios CH. Uma Análise do Ensino Atual da Oncologia e Proposta de um Conteúdo Curricular Mínimo para o Curso de Graduação. Rev Brasil de Educ. Medica 2000; 24 (2): 14-19.

2. Howard SC, Pedrosa M, Lins M, Pedrosa A, Pui CH, Ribeiro RC, Pedrosa F. Establishment of a Pediatric Oncology Program and Outcomes of Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia in a resource Poor Area. Jama 2004; 291 (20): 2471-2475

3. Internacional Union Against Cancer, 2006: Childhood Cancer: Rising to the challenge. Geneva, Switzerland. Editorial: Paráic Reamonn, 2006.

4. Gurney JG, Bondy ML. Epidemiology f Chilhood Cancer. In Pizzo PA, Poplack DG. Principles and Practice of Pediatric Oncology. 5 Edition. Raven: Lippincott, 2006, p 1-13.

5. Cancer Incidence And Survival Among Children And Adolescents United States Seer Program 1975-1995: Monografia SEER NCI Research On Childhood Cancers, Cancer Fact 6.40

6. Usmani GN, Pediatric oncology in the third world. Current Opinion in Pediatrics, 2001; 13:1-9

7. Rodrigues KE, Camargo B de. Diagnóstico precoce do Câncer Infantil: Responsabilidade de Todos. Rev Assoc Med Bras 2003; 49 (1). Disponivel em

URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-2302003000100030&Ing=em&nrm=isso&tlng=pt. Acesso 21/05/2006

8. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Superintendência de Epidemiologia, Vigilância Sanitária e Desenvolvimento Institucional. OFÍCIO SEVS N° 153/04. Recife 2004.

9. Pedrosa AM, Pedrosa F, Oliveira MG, Vidal S.A. Diagnóstico Precoce do Câncer Infantil nas unidades assistidas pelo Programa de Extensão Comunitária do IMIP em Recife e Olinda. Recife, agosto de 2002. [Documento Interno (IMIP)].

10. Pedrosa A., Pedrosa AP, Pedrosa T, Rodrigues AO, Pedrosa S, Camelo S, Suporte psicossocial à criança com câncer. In: Alves JGB. Fernando Figueira Pediatria IMIP 3ª ediçao. Rio de Janeiro: MEDSI 2004., p 59

11. Simone JV. Childhood Leukemia: Sucesses and Challenges for Survivors. N England J Med 2003; 349 (7):627-628

12. Barr R, Ribeiro R. Pediatric Oncology in Country with Limited Resources. In Pizzo PA, Poplack DG. Principles and Practice of Pediatric Oncology. 5 Edition. Raven: Lippincott, 2006, p 1604-1616.

13. Margolin JF, Steuber CP, Poplack DG. Acute Lymphoblastic Leukemia. In Pizzo PA , Poplack DG. Principles and Practice of Pediatric Oncology. 5 Edition. Raven: Lippincott, 2006, p 538-590.

14. Haimi M, Nahum P, Arush WB. Delay in diagnosis of children with cancer: a retrospective study of 315 children. Pediatr Hematol Oncol. 2004;21(1):37-48.

15. Weinstein JL, Katzenstein HM, Cohn SL. Advances in the diagnosis and treatment.of Neuroblastoma. The Oncologist 2003; 8, 278-292

16. Almeida J.R.C., Pedrosa N.L, Leite JB, Fleming TRP, Carvalho VH, Cardoso AAA. Marcadores tumorais: Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2007; 53(3): 305-316.

17.Preventivos. Oncoguia . 2007 .Disponível em URL: http://www.oncoguia.com.br/229/exames/preventivos.html. Acesso em 28/12/2007

18.Rubnitz JE, Crist WM. Molecular genetics of childhood cancer: implications for pathogenesis, diagnosis and treatment. Pediatrics 1997; 100 (1):101-108.

19. Hamre MR; Williams J, Chuba P, Bhambhani K, Ravindranath Y, Severson RK. Early Deaths in Childhood Cancer. Medical and Pediatric Oncology ,2000; 34: 343-347.

20. Avaliação tempo e médicos consultados, agosto de 2005 à janeiro de 2008.[Documento interno IMIP/CEHOPE] 2008.

21. Bakemeier R. Cancer Education Objectives or Medical Schools. Medical and Pediatric Oncology, 1981; 9: 585-633.

22. Lins, M. Leucemias In: Alves JGB. Fernando Figueira Pediatria IMIP 3ª ediçao. Rio de Janeiro: MEDSI 2004., p 920-927..

23. Malogolowkin MH, Quinn JJ. Clinical Assessment and Diferencial Diagnosis of the Child with Suspected Cancer. In Pizzo PA, Poplack DG. Principles and Practice of Pediatric Oncology. 5 Edition. Raven: Lippincott, 2006, p 145-159.

24. Dusenbery KE, WB, Arthur DC, Alonzo T, Lee JW, Kobrinsky N, Barnad DR, Wells RJ, Buckley JD, Lange BJ, Woods WG. Extramedullary Leukemia in children with Newly Diagnosed Acute Myeloid Leukemia. J Pediatr Oncol. 2003; 25 (10): 760-8.

25. Greaves m. Childhood Leukaemia. BMJ. 2002; 324(7332): 283-7.

26. Blaney SM, Kun LE, Hunter J. Tumors of the Central Nervous System. In Pizzo PA, Poplack DG. Principles and Practice of Pediatric Oncology. 5 Edition. Raven: Lippincott, 2006, p 786-864.

27.Wilne SH, Ferris RC, Nathwani A, Kennedy CR. The presenting features of brain tumours: a review of 200 cases. Arch. Dis.Child 2006; 91(6): 502-506.

28. Pedrosa MF. Linfoma não Hodgkin. In: Alves JGB. Fernando Figueira Pediatria IMIP 3ª ediçao. Rio de Janeiro: MEDSI 2004.928-932.

29.Sandlund JT, Downing JR, Crist WM. Non Hodgkin's Lymphoma in childhood. N Eng J. Med. May, 1996: 1238-1248

30. Chidhood Hodgkin's Lymphoma : Treatment Health Professional Version. Disponível em URL: http: //www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/chilhodgkins/healthprofessional/. Acesso em 21/12/2007

31. Pedrosa MF. Linfoma de Hodgkin. In: Alves JGB. Fernando Figueira Pediatria IMIP 3ª ediçao. Rio de Janeiro: MEDSI 2004.933-936.

32. Barros C. Neuroblastoma. In: Alves JGB. Fernando Figueira Pediatria IMIP 3ª ediçao. Rio de Janeiro: MEDSI 2004.943-946.

33. Pedrosa MF. Tumor de Wilms. In: Alves JGB. Fernando Figueira Pediatria IMIP 3ª ediçao. Rio de Janeiro: MEDSI 2004.939-943.

34.Wilms tumor and Other Childhood Kidney Tumors Treatment Health Professional Version. Disponível em URL: http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/wilms/healthprofessional/. Acesso em 10/10/2007

35. Metzger ML, Howard SC, Fu LC, Peña A, Stefan R, Hancock ML, Zhang Z, Pui C-Wilimas J, Ribeiro RC. Outcome of childhood acute lymphoblastic leukaemia in resource poor countries. The Lancet 2003; 362: 706-708.

36. Botelho I. Tumores do Sistema Nervoso Central .In: Alves JGB. Fernando Figueira Pediatria IMIP 3ª ediçao. Rio de Janeiro: MEDSI 2004.936-939

37. Haley HB, Huynh H, Paiva REA, Juan IR. Student's Attitudes Toward Cancer: Chances in Medical School. Journal of Medical Education, 1977; 52: 500-507.

38, Krackov SK, Preston W, Rubin P. Effetcs of an oncology elective ob fisrt-year [medical students´ Knowledge and attitudes about cancer. J Cancer Education, 1990; 5(1): p 43-49.

39. Hays, DM, Hoffman KI, Williams KO, Miller R. Effects of Intensival Clinical] Exposure on Attitudes of Medical Students Toward Cancer-Related Problems. Cancer , 1985; 55: 636-642.

40. Kaye J, Appel M, Joseph R. Attitudes of Medical Students and Residents Toward Cancer. Journal of Psychology, 1981; 107: 87-96.

41. Schmelkin LP, Wachtel AB, Hecht D, Schneiderman B. Cancer Opinionnaire: Medical Students' Attitudes Toward Psychosocial Cancer Care. Cancer, 1986. 58; 801-806.

42. Junqueira ACC. Medical Student Cancer Education: Experience From Projects in São Paulo, Brazil, and in Other Parts of Latin America. Journal of Surgical Oncology, 2001; 77: 1-4.

43. Lins, MM. Fatores associados ao retardo no diagnóstico das leucemias agudas na infância em um serviço de referência no Nordeste do Brasil [dissertação mestrado]. Mestrado em Saúde Materno Infantil. Recife. IMIP, 2005. 74 p.

44. Conde JG. La enseñanza de la oncologia médica em los estudios de medicina. Revista Clinica Española, 1987; 180(7): 349-351

45. Zapka JG, Luckmann R, Sulsky SI. Câncer Control Knowledge, Attitudes and Perceveid Skills among Medical Students. J Cancer Education, 2000; 15: 73-78.

46. Lebovits. A H, Croen LG, Goetzel RZ. Attitudes Toward Cancer Development of the Cancer Attitudes Questionnaire. 1984. Cancer 54: 1124-1129.

47. Ravaud A, Hoerni B, Bécouarn, Lagarde P, Soubeyran P, Bonichon. A Survey in General Pratice About Undergraduate Cancer Education: Results From Gironde (France). J Cancer Education; 1991, 6 (3) , 153-157.

48.Gaffan J, Dacre J, Jones A. Educating Undergraduate Medical Students About Oncology: A Literature Review..Journal of Clinical Oncology. 2006; 24 (12) :p 1932-1939.

49. Hays DM, Hoffman KI, Williams KO, Siegel SE, Miller R. Medical Students' Concepts of Childhood Cancer and its Management. Medical and Pediatric Oncology, 1985; 13: 78-82.

50. Raney RB, O'Donnell JF, Brooks CM, Gallagher RE. Pediatric Oncologist's Assessment of Oncology Education in U.S Medical Schools: Cancer Education Survey II. J. Cancer Education, 1994; 9: 141-144.

51. Sociedade Brasileira de Oncologia: Ensino da Cancerologia. R. Bras. Educ.Méd., Rio de Janeiro, 1985,9(3): 191-193.

52. Abreu E. Pro-Onco 10 anos. Editorial. Revista Brasileira de Cancerologia, 1997;

43 (4). Disponível em URL: http://www.inca.gov.br/rcb/n_43/v04/editorial.htlm., Acesso em 17/05/2006

53. Juaçaba HG. O Ensino da Cancerologia nas Escolas Médicas. Revista Brasileira de Cancerologia [Rio de Janeiro] ; 1987, 33 (1): 37.

54. Dias, A; Teixeira, A; Matos, C; Silva, C da; Neves, F; Costa, H. Diagnóstico precoce: o caminho mais curto para a cura do câncer infantil. Ilhéus: Universidade Estadual de Santa Cruz; 2004. http:// www.saudebrasilnet.com.br/premios/oncologia/premio2/trabalhos/saude012.pdf. Acesso em 10/06/2007.

55. Ministério da Saúde esclarece competências dos diversos profissionais que compõe o Programa de Saúde da Família. 2007. Disponível em URL: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seqnoti, Acesso em 26/01/08.

56. Barton MB, Bell P, Sabesan S, Koczwara B. What should doctors know about cancer? Undergraduate medical education form a societal perspective. 2006. Lancet Oncol; 7: 596-601.

57. Curso de Medicina: O Que Estamos Fazendo e Para Onde Queremos Ir: 2001. [Documento interno da Faculdade de Ciências Médicas]. Recife.

58. Apresentação FCM- Faculdade de Ciências Médicas disponível em URL: http://www.fcmupe.com.br/?conteudoId=1. Acesso em 30/01/08

59. GAC-Pernambuco. Programa Diagnóstico Precoce. 2007 [Documento interno]. Recife. 21 p.

60.Regulamento do Internato da FAMED/UFRGS.Comissão de Graduação- Medicina. 2005. Rio Grande do Sul .7 p., disponível em URL: http://www.famed.ufrgs.br/internato-em-medicina.php. Acesso em 30/06/2006

61.Macedo AR, Conselho Nacional de Educação. 2001. Diário Oficial da União, disponível em URL: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf. Acesso em 05/12/2007

62- Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Medicina: Regulamento de Estágios, disponível em URL: http://www.reitoria.ufsc.br/estagio/regulamentos/ccs/regulamento%20medicina.doc. Acesso em 13/07/2006.

63- Tavares AP, Cardoso SAV, Dantas NGT, Lopes GC, Fonseca Júnior CA. O Currículo Paralelo dos Estudantes de Medicina e a Extensão Universitária. 2004. Anais do 7º Encontro de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais., disponível em URL: http://www.ufmg.br/proex/arquivos/7Encontro/Educa116.pdf,. Acesso em 13/07/2007

64-Iniciação Científica: disponível em URL: http://www.unit.br/ini_cientifica.asp,. Acesso em 03/12/2007.

65-Campos Júnior DC. Razões para inclusão da pediatria no Programa Saúde da Família.2006. Disponível em URL: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=17&id_detalhe=2252&tipo-detalhe=s. Acesso em 02/12/2007.

66-NATES. Residência PSF. Disponível em URL: http://www.nates.ufjf.br/novo/residencia.htm.. Acesso em 06/12/2007

67-Workman GM, Ribeiro RC, Rai SN, Pedrosa A, Workman D E , Pedrosa F. Pediatric Cancer Knowledge: Assessment of Knowledge of Warning Signs and Symptoms for Pediatric Cancer Among Brazilian Community Health Workers.J Cancer Educ.2007: 22: 181-185.

68- Taquette SR, Macedo LMC, Alvarenga FBF, Currículo Paralelo: Uma Realidade na Formação de Estudantes de Medicina da UERJ. 2003.Revista Brasileira de

Educação Médica. 27(3): 171-176.

69.Moura AA, Lhano MG, Del Giglio. Educação via Internet: experiência preliminar de Hematologia e Oncologia da Faculdade de Medicina da Fundação ABC. 2000. Ver Assoc. Méd. Brás. 46(1)

70. Van Der Linden A. Síndromes Neurocutâneas. .In: Alves JGB. Fernando Figueira Pediatria IMIP 3ª ediçao. Rio de Janeiro: MEDSI 2004.1161-1168

71. Holt SE, Brown EJ, Zipursky A. Down Syndrome and the Transient Myeloproliferative Disorder: Why it is transietnt? J Pediatr Hmeat/Oncol 2002: 24 (1): 6-8.

72. Peters A S, Schimpfhauser FT, Wright JR, Spaulding MB. Effect of a Cancer Education Program On Student Interest and Learning in Cancer. Cancer Education Program. 1986. J Med Educ Mar; 61(3): 163-8.

73. Jones S B. Cancer in the developing world: a call to action. BMJ 1999; 319: 505- 508.

74. Gutierez AF, Sandoval-Mex AM, Mejia-Arangure JM, Rendom-Macias ME, Martinez-Garcia MC Clinical and Social Factors that affect the time to Diagnosis of Mexican Children With Cancer. Med Pediatr Oncol 2002; 39: 25-31.

75. Kapoor N, Haagedoorn EM, de Vries J.The UICC/WHO-CCCE cancer education project: an Indian Experience. J Cancer Educ. 2006 Fall; 21 (3): 182-5.

Erro! Não é possível criar objetos a partir de códigos de campo de edição.

APÊNDICES

Apêndice 01

Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira

Mestrado em Saúde Materno Infantil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Autora: Cynthia de Araújo Barros

Instituição de Origem: Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP)

Esta pesquisa fará parte da Dissertação de Mestrado "Neoplasias pediátricas mais freqüentes: avaliação de conhecimentos e práticas entre estudantes de Medicina", a qual tem como objetivo fazer uma descrição do perfil desses estudantes em relação aos conhecimentos e práticas relacionados às formas mais comuns de câncer pediátrico.

A importância deste trabalho decorre do caráter essencial da avaliação do processo educativo em saúde, na medida em que permite fornecer subsídios para a implantação/implementação de uma formação que prepare adequadamente para lidar com o diagnóstico precoce do câncer em crianças e adolescentes.

As informações necessárias serão obtidas mediante questionário auto-aplicável composto por questões relacionadas ao perfil sócio-demográfico, atividades e práticas, acesso à informação e conhecimento sobre as principais neoplasias pediátricas, bem como a percepção dos estudantes acerca da necessidade e do interesse em adquirir conhecimento sobre câncer pediátrico.

Será garantido ao participante: direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma e direito de recusar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. As informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados.

Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros científicos, tais como: monografias, dissertações, teses, artigos em revistas cientificas, congressos e reuniões cientificas.

Eu, _____, aceito responder ao questionário da pesquisa acima referida.

Data:

Assinatura: _____.

Pesquisadores

Cynthia de Araújo Barros-

Contatos- cynthia.barros@cehope.com.br

21224746 ;91748997

Felipe Araújo Andrade de Oliveira

Contatos- felipeoliveira83@superig.com.br

Apêndice 02

IMIP

Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira
Mestrado em Saúde Materno Infantil

Neoplasias pediátricas mais frequentes: avaliação de conhecimentos e práticas entre estudantes de Medicina	**Questionário nº** ☐☐
Pesquisador:	

REVISÃO		DIGITAÇÃO	
1ª ___	2ª ___	1ª ___	2ª ___

1. Idade ☐☐ anos	**2.** Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino	**3.** Período ☐ 9º ☐ 10º ☐ 11º

4. Você pretende se inserir no mercado de trabalho como médico imediatamente após o término do curso? (se **não**, vá para a questão 6)
1 ☐ Sim 2 ☐ Não

Se **sim**:

5. Qual o tipo de atuação que pretende ter no mercado de trabalho? (permite múltiplas respostas)

1 ☐ Emergência Pediátrica
2 ☐ Ambulatório Pediátrico
3 ☐ Enfermaria Pediátrica
4 ☐ Unidade de Saúde da Família
5 ☐ Outras: _____

6. Em que Hospital você realizou rodízio obrigatório ou opcional em pediatria no internato?

1 ☐ Hospital da Restauração
2 ☐ IMIP
3 ☐ Hospital Oswaldo Cruz
4 ☐ Hospital Barão de Lucena
5 ☐ CISAM

7. Você realizou rodízio obrigatório ou opcional em Emergência Pediátrica no internato? (se **não**, vá para a questão 9)
1 ☐ Sim 2 ☐ Não

Se **sim**:

8. Em que Unidade de Saúde realizou rodízio obrigatório ou opcional em Emergência Pediátrica no internato?

1 ☐ Hospital da Restauração
2 ☐ IMIP
3 ☐ Hospital Barão de Lucena
4 ☐ Outras: _____

vá para a questão 9

9. Você realizou rodízio obrigatório ou opcional em Unidade de Saúde da Família no internato? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não

10. Durante qualquer rodízio obrigatório ou opcional no seu internato, você teve contato com criança e/ou adolescente com suspeita e/ou diagnóstico de câncer? (se **não**, vá para a questão 12) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não

Se **sim**:

11. Onde você teve este contato? (permite múltiplas respostas)

1 ☐ Ambulatório 2 ☐ Enfermaria

3 ☐ Emergência 4 ☐ Unidade de Saúde da Família

12. Você realizou atividades extracurriculares em pediatria? Desconsiderar estágio em neonatologia. (se **não**, vá para a questão 15) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não

Se **sim**:

13. Que atividades extracurriculares em pediatria você realizou? (permite múltiplas respostas)

1 ☐ Plantão 2 ☐ Extensão

3 ☐ Iniciação científica 4 ☐ Outro

14. Em que local (unidade de saúde, creche, etc.) você realizou atividades extracurriculares em pediatria? (permite múltiplas respostas)

1 ☐ Hospital da Restauração 2 ☐ IMIP 3 ☐ HUOC

4 ☐ Hospital Barão de Lucena 5 ☐ Creches

6 ☐ Outras: _____

15. Durante as atividades extracurriculares em geral (incluindo pediatria), você teve contato com criança e/ou adolescente com suspeita e/ou diagnóstico de câncer? (se **não**, vá para a questão 17) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não

Se **sim**:

16. Em que Unidade de Saúde teve este contato? (permite múltiplas respostas)

_____

_____

_____

vá para a questão 17

17. Na sua opinião, o ensino em oncologia pediátrica na sua Faculdade é:

1 ☐ Muito bom 2 ☐ Bom 3 ☐ Regular 4 ☐ Ruim 5 ☐ Péssimo

18. Você considera o seu conhecimento em oncologia pediátrica:

1 ☐ Muito bom 2 ☐ Bom 3 ☐ Regular 4 ☐ Ruim 5 ☐ Péssimo

19. A sua capacidade de suspeitar que uma criança e/ou adolescente é portador de câncer é:

1 ☐ Muito boa 2 ☐ Boa 3 ☐ Regular 4 ☐ Ruim 5 ☐ Péssima

20. A sua necessidade de adquirir conhecimentos em oncologia pediátrica é:

1 ☐ Muito grande 2 ☐ Grande 3 ☐ Regular 4 ☐ Pequena 5 ☐ Nenhuma

21. O seu interesse em adquirir conhecimentos em oncologia pediátrica é:

1 ☐ Muito grande 2 ☐ Grande 3 ☐ Regular 4 ☐ Pequeno 5 ☐ Nenhum

22. Durante o curso, você teve acesso a conhecimento em oncologia pediátrica por meio de:

Aulas expositivas:	☐ Sim	☐ Não	☐ Não lembra
Discussão de casos clínicos:	☐ Sim	☐ Não	☐ Não lembra
Seminários:	☐ Sim	☐ Não	☐ Não lembra

23. Você teve acesso a conhecimento sobre câncer pediátrico por meio de (permite múltiplas escolhas):

1 ☐ Livros/revistas/jornais médicos 2 ☐ Livros (romances, ficção...) 3 ☐ Internet

4 ☐ Curso preparatório para residência 5 ☐ Revistas/Jornais 6 ☐ Televisão

7 ☐ Participação em projeto de pesquisa 8 ☐ Outras: _____

24. Você teve alguma experiência com câncer em criança e/ou adolescente de suas relações pessoais? (se **não**, vá para a questão 26)

1 ☐ Sim → vá para a questão 25

2 ☐ Não → vá para a questão 26

Sim Não

Se **sim**:

25. O seu envolvimento afetivo com esta criança e/ou adolescente é/era:

1 ☐ Muito grande 2 ☐ Grande 3 ☐ Regular

4 ☐ Pequeno 5 ☐ Nenhum

26. O câncer é a 4ª causa de morte em Pernambuco no grupo de 5 a 14 anos de idade:

1 ☐ Concordo 2 ☐ Discordo 3 ☐ Indeciso

27. As crianças com Síndrome de Down e/ou imunodeficiências congênitas têm maior risco de desenvolver leucemias agudas na infância:

1 ☐ Concordo 2 ☐ Discordo 3 ☐ Indeciso

28. As 3 neoplasias malignas mais freqüentes na pediatria são os tumores germinativos, as leucemias e os tumores de Sistema Nervoso Central, nesta ordem:

1 ☐ Concordo 2 ☐ Discordo 3 ☐ Indeciso

29. O risco de desenvolver Tumores de Wilms é maior entre as crianças com malformações genito-urinárias:

1 ☐ Concordo 2 ☐ Discordo 3 ☐ Indeciso

30. Em relação ao diagnóstico precoce do câncer infantil, que manifestaçãos não deve ser valorizada?

1 ☐ Sinal de puberdade precoce 2 ☐ Adenomegalia cervical 3 ☐ Sudorese noturna

4 ☐ Queda de cabelo 5 ☐ Não sei

31. Quando se trata do diagnóstico precoce do câncer infantil, que achado em exame físico não deve ser valorizado:

1 ☐ Parestesia e/ou paralisia MMII 2 ☐ Lesões cutâneas pruriginosas

3 ☐ Estrabismo não congênito 4 ☐ Hipertrofia gengival 5 ☐ Não sei

32. Qual dessas enfermidades aumenta a probabilidade da criança desenvolver câncer?

1 ☐ Espinha bífida 2 ☐ Anemia ferropriva

3 ☐ Púrpura trombocitopênica idiopática 4 ☐ Neurofibromatose 5 ☐ Não sei

33. A mandíbula é a localização mais comum dos linfomas não Hodgkin no Brasil:

1 ☐ Concordo 2 ☐ Discordo 3 ☐ Indeciso

34. Os neuroblastomas são tumores primários de Sistema Nervoso Central:

1 ☐ Concordo 2 ☐ Discordo 3 ☐ Indeciso

35. As formas mais freqüentes de apresentação da Doença de Hodgkin na infância são as adenomegalias abdominais:

1 ☐ Concordo 2 ☐ Discordo 3 ☐ Indeciso

36. Um hemograma que apresenta número normal de leucócitos afasta a possibilidade de leucemia:

1 ☐ Concordo 2 ☐ Discordo 3 ☐ Indeciso

37. A presença de blastos no sangue periférico é imprescindível para o diagnóstico das leucemias da infância:

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não sei

38. A rigidez de nuca, a irritabilidade e a febre são sinais e sintomas comuns aos tumores de Sistema Nervoso Central na infância:

1 ☐ Concordo 2 ☐ Discordo 3 ☐ Indeciso

39. As crianças com neuroblastomas podem apresentar febre, diarréia prolongada e proptose ocular:

1 ☐ Concordo 2 ☐ Discordo 3 ☐ Indeciso

40. Cite 3 Hospitais que tratam do câncer pediátrico em Pernambuco:

1 ☐ _____

2 ☐ _____

3 ☐ _____

Apêndice 03

Instituto Materno Infantil
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica

IMIP

DECLARAÇÃO

Declaro que o Projeto de pesquisa nº. 836, intitulado **"Avaliação dos conhecimentos e práticas das neoplasias malignas pediátricas mais freqüentes entre estudantes de uma Faculdade de Medicina de Pernambuco",** apresentado pelos Pesquisadores Cynthia de Araújo Barros e Felipe Araújo Andrade de Oliveira, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira – IMIP, em Reunião Ordinária 14 de setembro de 2006.

Recife, 19 de setembro de 2006.

Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
e Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Dec. Lei 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Dec. Lei 5013 de 14/05/84
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. Lei 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.897-1

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife - PE - Brasil CEP 50.070-550
PABX: (81) 2122.4100
Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 355

Apêndice 04

Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira
Mestrado em Saúde Materno Infantil

Avaliação de conhecimentos e práticas das neoplasias pediátricas mais freqüentes entre estudantes de Medicina de uma Faculdade de Pernambuco

Caro Estudante Interno de Medicina

Esta pesquisa faz parte da Dissertação de Mestrado em Saúde Materno Infantil do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, tendo como pesquisadores a mestranda Cynthia de Araújo Barros e o bolsista de iniciação científica Felipe Araújo Andrade de Oliveira. Esta pretende avaliar os conhecimentos e práticas relacionadas às neoplasias pediátricas, especificamente entre estudantes do internato médico que já tenham realizado o rodízio obrigatório em Pediatria.

A intenção fundamental é a de que esta avaliação possa contribuir para a construção de um curriculo adequado. Por isso, solicitamos sua colaboração para o correto preenchimento do questionário, permitindo uma adequada interpretação do panorama atual, e também para o total preenchimento do mesmo.
O questionário é auto-explicativo e sem identificação, devendo ser respondido no momento da entrega, na presença de um dos pesquisadores.
Reforçamos que a aplicação do questionário foi aprovado pela Diretoria da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco (Dra Dione Tavares) e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP.

Gratos

_____
Cynthia de Araújo Barros

_____
Felipe Araújo Andrade de Oliveira