

CÂNCER INFANTOJUVENIL: AÇÕES DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Childhood cancer: nursing actions in Primary Health Care

Izabela Meneses de Lima¹

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento teórico dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre a identificação precoce do câncer infantojuvenil, no município de Recife, Pernambuco. Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagens quantitativa e qualitativa, sendo aplicado aos enfermeiros, que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família, um questionário com perguntas abertas e fechadas. A pesquisa envolveu 14 enfermeiros, com predominância do sexo feminino 92,86% (13) e com faixa etária entre 31 e 50 anos, 64,29% (9), apenas 21,43% (3) já receberam capacitação sobre o assunto. A partir da técnica de análise de Conteúdo proposta por Bardin, percebeu-se, entre os dois Eixos Temáticos, o desconhecimento sobre o tema como um fator influenciador no diagnóstico precoce desta neoplasia. Portanto, torna-se precípua a oferta de atendimentos qualificados, com profissionais capacitados e uma assistência integral, com intuito de minimizar o retardo no diagnóstico do câncer infantojuvenil.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias; Diagnóstico Precoce; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Saúde do Adolescente.

INTRODUÇÃO

O câncer infantil corresponde a um grupo de doenças que apresenta proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. Os tumores mais frequentes na infância e na adolescência são aqueles que afetam os glóbulos brancos (leucemia), os do sistema nervoso central e do sistema linfático (linfomas).¹

ABSTRACT

This project aims to evaluate the theoretical knowledge of primary health care nurses regarding the early identification of childhood cancer in the city of Recife, Pernambuco. This is a cross-sectional, descriptive study with quantitative and qualitative approaches, applied to nurses who are part of the Family Health Strategy, using a questionnaire with open and multiple choice questions. The research involved 14 nurses, predominantly females 92.86% (13), between 31 and 50 years of age 64.29% (9), and only 21.43% (3) had already received training on the subject. From the content analysis technique proposed by Bardin, ignorance on the subject as an influencing factor in the early diagnosis of cancer was noted between the two Thematic Groups. Therefore, the supply of qualified care, with skilled professionals and comprehensive care is important, in order to minimize delay in the diagnosis of childhood cancer.

KEYWORDS: Neoplasms; Early Diagnosis; Primary Health Care; Child Health; Adolescent Health.

Considerada uma doença rara, o câncer infantojuvenil (crianças e adolescentes entre 1 e 19 anos) corresponde de 1% a 3% de todos os tumores malignos na população. Segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), espera-se para o Brasil, em 2016, cerca de 12.600 casos novos para a neoplasia supracitada.¹

As regiões Sudeste e Nordeste apresentarão os maiores números de casos novos, 6.050 e 2.750, respectivamente,

¹ Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE). Residente em UTI no Hospital das Clínicas – COREMU UFPE. Secretaria Estadual de Saúde. E-mail: izabelameneses@hotmail.com.

Financiamento: apoio financeiro oferecido pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da UPE - EDITAL IC PFA UPE - 2015.

seguidas pelas regiões Sul (1.320 casos novos), Centro-Oeste (1.270 casos novos) e Norte (1.210 casos novos).¹ No Brasil, em 2013, ocorreram 2.835 óbitos por câncer em crianças e adolescentes. Assim como em países desenvolvidos, no Brasil, o câncer já representa a primeira causa de morte (7% do total) por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos, para todas as regiões.²

Entre os sinais e sintomas mais comuns do câncer em crianças estão a presença de massa abdominal, linfadenopatia persistente, de uma linhagem hematopoética anormal, déficit neurológico específico, aumento da pressão intracraniana, proptose, reflexo pupilar branco, dor ou edema unilateral no joelho ou no ombro.³ Assim, o controle do câncer depende, essencialmente, de ações nas áreas da promoção da saúde, proteção específica e do diagnóstico precoce da doença.⁴

Existem vários níveis de prevenção do câncer, a Primária visa diminuir ou eliminar a exposição a fatores de risco, porém para o câncer infantojuvenil esta não existe, já a secundária objetiva a detecção do câncer em seu estágio inicial de desenvolvimento, cuja estratégia inclui medidas para a detecção de lesões em fases iniciais da doença, a partir de sinais e sintomas clínicos. A terciária, por sua vez, enfatiza o tratamento efetivo, considerado umas das principais formas de intervenção, com possibilidade de poder influenciar positivamente no prognóstico do câncer na criança e no adolescente, reduzindo a morbidade e mortalidade pela doença.⁵

O Ministério da Saúde, em 2013, instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, cujo objetivo é a redução da mortalidade e da incapacidade causada pela doença e ainda possibilitar a redução da incidência de alguns tipos de câncer, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com a enfermidade, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

Em seu artigo 26º, letra e, o componente de Atenção Básica refere que se deve:

[...] implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas suspeitos dos tipos de cânceres passíveis desta ação e o seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando o que compete a este nível de atenção.⁶ [...]

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é priorítá-

ria para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS), e é considerada principal porta de entrada de todo o sistema de saúde, além de ser responsável pela resolução de grande parte da demanda de saúde da população, com intuito de que o atendimento nesse nível de atenção seja eficaz e contribua para a redução da demanda de crianças e adolescentes que chegam ao serviço especializado em câncer, tardiamente.⁷

Contudo, o presente estudo surgiu da necessidade de realizar um diagnóstico situacional, a partir do conhecimento dos enfermeiros em relação à identificação precoce do câncer infantojuvenil. Tendo em vista a importância da temática, a equipe pretende com os resultados apresentados, ser mola propulsora de futuras ações para serem desenvolvidas no âmbito das capacitações dos profissionais de saúde, que atuam nessa área na atenção primária. Em face dessas considerações, o objetivo do estudo foi avaliar o conhecimento teórico dos enfermeiros da Atenção Primária sobre a identificação precoce do câncer infantojuvenil nas Unidades de Saúde da Família no Distrito Sanitário II do Município de Recife, Pernambuco.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo de campo, com utilização das abordagens quantitativas e qualitativas, que podem ser vistas uma como complemento da outra. O cenário de estudo foram Unidades de Saúde da Família (USFs) localizadas no Distrito Sanitário (DS) II do Município de Recife, Pernambuco - Brasil, composto pelos bairros: Arruda; Campina do Barreto; Encruzilhada; Hipódromo; Peixinhos; Ponto de Parada; Rosarinho; Torreão; Água Fria; Alto Santa Terezinha; Bomba do Hemetério; Cajueiro; Fundão; Porto da Madeira; Beberibe; Dois Unidos; Linha do Tiro. A rede de saúde deste distrito está estruturada com 17 Unidades de Saúde da Família.

O estudo foi realizado no primeiro semestre de 2015, nas unidades básicas de saúde da rede pública do município de Recife – Pernambuco, após prévia autorização do gestor municipal de saúde. Respeitou-se a Resolução Nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, foi cadastrado na plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz e PRO-CAPE, sob CAAE 38369014.9.0000.5192. A população foi de 29 equipes que trabalhavam nas 17 USFs existentes no DS II, especificamente 14 enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo mantidos em sigilo com os nomes substituídos por letras e números.

A amostra do estudo foi de 14 enfermeiros, cinco não desejaram participar da pesquisa, quatro não se encon-

travam na USF, quatro estavam de férias, atestado e/ou licença e não foi possível o acesso às outras duas USFs restantes.

A coleta de dados foi realizada mediante questionário estruturado, com perguntas abertas e fechadas, elaborado pelas autoras que versam sobre: dados sócio-demográficos, perfil profissional e conhecimento e prática na identificação dos sinais e sintomas do câncer infantojuvenil, antes ou após as suas atividades assistenciais. Para abordagem quantitativa, os dados foram digitados em um banco, analisados com o apoio dos programas EPI INFO versão 3.5.2, e Microsoft Office Excel 2010 e utilizadas medidas absolutas e relativas e apresentados em forma de tabelas.

Para a abordagem qualitativa, foi utilizada a técnica de análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin (2015), por expor uma modalidade de apresentação de re-

sultados de pesquisas qualitativas, que têm depoimentos como matéria prima. Conforme Bardin, o desenvolvimento de uma análise parte de uma pré-análise composta inicialmente por uma leitura “flutuante” para formulação das hipóteses e dos objetivos e, assim, formando uma dimensão e direções de análise, para, em seguida, se explorar o material, conjuntamente com a administração das técnicas sobre o corpus, para, enfim, ser dado o tratamento dos resultados e interpretações.^{8,9}

Desde a pré-análise, foram determinadas operações de recorte de texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para registro de dados.⁹ E produzido um sistema de categorias, cuja categorização tem como primeiro objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados.⁸

RESULTADOS

Participaram da pesquisa (100%) 14 enfermeiros, sendo 92,86% (13) do sexo feminino. Na tabela 1, são apresentadas as principais características sociodemográficas nas quais se evidencia a existência de uma maioria de 64,29% (9), com faixa etária entre 31 e 50 anos.

No que concerne aos aspectos acadêmicos, a pós-graduação do tipo *Lato Sensu* Especialização foi presente em

85,71% (12) da amostra e 7,14% (1) do tipo *Lato Sensu* Residência, mas nenhum dos entrevistados possui mestrado e/ou doutorado e 50% (7) concluíram a graduação entre os anos de 1985 e 1999.

Em relação ao tempo de trabalho na ESF, foi observado que 92,86% (13) já trabalham na unidade há mais de seis anos, nenhum enfermeiro teve a oportunidade de trabalhar em oncologia pediátrica e apenas 21,43% (3) já receberam capacitação nesta temática.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde do DS II. Recife, PE, Brasil, 2015.

Variáveis Sociodemográficas	Nº	%
Idade (anos)		
20-30	1	7,14
31-50	9	64,29
51 ou mais	4	28,57
Sexo		
Feminino	13	92,86
Masculino	1	7,14
Anos de Conclusão da Graduação		
0 – 5	1	7,14
6 - 15	5	35,71
16 - 30	7	50
31 ou mais	1	7,14

Variáveis Sociodemográficas	Nº	%
Pós-Graduação		
Sim	13	92,86
Não	1	7,14
<i>Lato Sensu</i> Especialização	12	85,71
<i>Lato Sensu</i> Residência	1	7,14
Tempo que trabalha na ESF (anos)		
0 – 5	1	7,14
6 – 15	10	71,43
16 ou mais	3	21,43
Capacitação em câncer infantojuvenil		
Sim	3	21,43
Não	11	78,57
TOTAL	14	100

Fonte: dados da pesquisa.

Sequencialmente, foram levantadas, na tabela 2, questões sobre o câncer infantojuvenil. A princípio eram citadas as manifestações clínicas e, entre as opções, os enfermeiros marcavam um tipo de câncer correspondente. Na primeira questão, 78,57% (11) enfermeiros marcaram corretamente Leucemia como resposta. Já na segunda, 7,14% (1) não respondeu e 42,86% (6) responderam Tumor do Sistema Nervoso Central, na terceira 92,86% (13) responderam linfoma. Posteriormente, os profissionais correlacionaram em duas colunas, os tipos de câncer e seus respectivos sintomas. Observou-se que metade, 50% (7) acertaram todas as correlações e 14,29% (2) erraram três.

Já na terceira questão foi questionado a respeito dos fatores que influenciam no tempo do diagnóstico do câncer infantojuvenil, elencados: sexo, raça, idade, altura, tipo de tumor, localização do tumor, naturalidade do paciente, qualidade de tratamento, suporte social, fatores ambientais, oportunidade de diagnóstico e acesso aos centros de tratamento. O mais assinalado foi o tipo de tumor com 85,71% (12), em seguida sua localização 78,57% (11), oportunidade de diagnóstico 78,57% (11) e acesso aos centros de tratamento 71,43% (10). Apenas 14,3% (2) optaram por raça e naturalidade, e nenhum por altura ou sexo como fator influenciador. 7,14% (1) enfermeiro não respondeu esta questão.

A respeito das contribuições da ESF para o diagnóstico precoce, os entrevistados poderiam escolher quantas opções quisessem, entre elas: 92,86% (13) elegeram realizar orientações necessárias e uma escuta qualificada. 78,57% (11) relataram que, por meio das visitas domiciliares, poderiam identificar os sinais e sintomas de alerta e, em caso de suspeita, os casos são encaminhados ao médico 85,71% (12). Lembrando que 7,14% (1) não respondeu esta questão. Além disso, alguns sugeriram outras ações viáveis, como: terapia familiar e acesso mais facilitado a centros de tratamento, assim como uma rede de saúde intersetorial e agilidade de resultados de exames solicitados.

Por fim, interpelou-se sobre a escassez de informação nas equipes de Saúde da Família, a respeito dos sinais de alerta do câncer infantojuvenil, e se este fato influencia no tratamento e qual a forma de minimizar. As respostas, na perspectiva da análise do conteúdo, seguindo as etapas, foram estruturadas em dois eixos temáticos:

1. Déficit de informação e sua influência no diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil:

Todos os enfermeiros reconhecem que a falta de informação influencia no tratamento. Ao responderem o porquê, obtiveram-se as seguintes respostas:

Tabela 2 - Análise das questões sobre o câncer infantojuvenil, respondidas pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde do DS II. Recife, PE, Brasil, 2015.

Questões sobre o Câncer Infantojuvenil	Nº	%
1 - Tipo de câncer relacionado às manifestações clínicas:		
1.1 - Palidez, sangramentos, dor nos ossos e articulações, fadiga, febre e perda de peso.		
Osteossarcoma	3	21,43
Leucemia	11	78,57
1.2 - Dor de cabeça, náuseas/vômitos, visão turva ou dupla, tontura e dificuldade para caminhar ou manipular objetos.		
Tumor de Wilms	1	7,14
Tumor do SNC	6	42,86
Retinoblastoma	2	14,29
Neuroblastoma	4	28,57
Não respondeu	1	7,14
1.3 - Linfadenopatia no pescoço, axila e/ou virilha, sudorese noturna excessiva, febre, prurido e perda de peso sem explicação.		
Linfoma	13	92,86
Não respondeu	1	7,14
2 - Correlação entre os tipos de câncer e seus respectivos sintomas:		
Acertou todos	7	50
Errou dois	3	21,43
Errou três	2	14,29
Não respondeu	2	14,29
3 - Fatores que influenciam no tempo do diagnóstico:*		
Marcou seis ou mais	5	35,71
Marcou menos de seis	8	57,14
Não respondeu	1	7,14
4 - Contribuições da ESF para o diagnóstico precoce:		
Orientações e escuta qualificada	13	92,86
Identificação de sinais e sintomas de alerta nas visitas domiciliares	11	78,57
Em caso de suspeita encaminhar ao médico	12	85,71
Não respondeu	1	7,14
TOTAL	14	100

* Nota: Os fatores que influenciam no tempo do diagnóstico do câncer infantojuvenil: sexo, raça, idade, altura, tipo de tumor, localização do tumor, naturalidade do paciente, qualidade de tratamento, suporte social, fatores ambientais, oportunidade de diagnóstico e acesso aos centros de tratamento.

Fonte: dados da pesquisa.

“A falta de capacitação retarda o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento, deixando o prognóstico obscuro.” (E5)

“Se o profissional é bem capacitado estará sempre alerta quanto aos sinais.” (E8)

“Porque a maioria dos profissionais não são capacitados para descobrir ou realizar tratamento do câncer infantojuvenil, e o diagnóstico tardio dificulta o tratamento e a cura.” (E9)

“A falta de informação relacionada ao câncer infantojuvenil dificulta no conhecimento dos sinais e sintomas. Essa ausência na maioria das vezes vem da graduação.” (E13)

Com isso, foi possível identificar o desconhecimento como um promissor fator de influência no diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil, demonstrando, assim, a necessidade de maior importância a respeito do assunto.

2. Sobre propor sugestões para minimizar o déficit de informação:

Foi evidenciada a importância da realização de capacitações, como descrito a seguir:

“Cursos voltados para os profissionais de saúde, cartilha de informações sobre os tipos de câncer mais comum neste público alvo.” (E2)

“Não tenho nenhum domínio nesse campo, por isso não consigo responder o questionário, apresento milhares desculpas e aceitamos capacitações e palestras nesse assunto.” (E3)

“Promover capacitação aos funcionários envolvidos em pediatria e/ou nas USF e outras unidades básicas, criar programas de capacitação e incentivos para profissionais da atenção básica.” (E5)

“Elaboração de capacitação para as ESFs visando os principais CA encontrados na população infantil, o que observar e como agir diante de tais características.” (E10)

Ao identificar a intensa carência sobre o tema, os entrevistados declararam ser necessária a realização de estratégias, com o intuito de se qualificar e, conseqüentemente identificar precocemente o câncer infantojuvenil.

DISCUSSÃO

O cenário em pauta revela a dificuldade na suspeita do diagnóstico do câncer nas crianças e nos adolescentes, de identificar, por meio de sua apresentação clínica, sinais e sintomas específicos, pois muitos são comuns a outras doenças prevalentes da faixa etária e, dessa maneira, não permitem precisão no diagnóstico. Por esse motivo é essencial que se contextualize os achados clínicos com a idade, sexo, associação de sintomas, tempo de evolução e outros dados para que se possa fazer uma suspeita correta e conduzir o caso de maneira rápida e eficaz.⁵

Por meio dos dados obtidos, constatou-se um resultado satisfatório referente aos sinais e sintomas das neoplasias mais frequentes. Entre elas, a Leucemia aguda é a que mais acomete as crianças e adolescentes.⁵

Os principais sinais/sintomas decorrem do acúmulo de células defeituosas na medula óssea, prejudicando ou impedindo a produção dos glóbulos vermelhos (causando anemia, que por sua vez causa palidez, fadiga e palpitação), dos glóbulos brancos (deixando o organismo mais sujeito a infecções) e das plaquetas (ocasionando sangramentos, manchas roxas ou pontos vermelhos sobre a pele). O paciente também pode apresentar gânglios linfáticos edemaciados, mas sem dor; febre ou suores noturnos; perda de peso sem motivo aparente; desconforto abdominal; dores nos ossos e nas articulações.¹⁰ Diante dessas queixas, enfermeiros confundiram as manifestações clínicas da leucemia com osteosarcoma.

É notório que, o tumor do Sistema Nervoso Central ocasiona dores de cabeça, náuseas e vômitos, alterações motoras, visão dupla ou turva, alterações de comportamento e paralisia de nervos,¹¹ porém, dentre os entrevistados, quatro achavam que esses sinais e sintomas eram referentes ao neuroblastoma.

Por fim, os Linfomas, neoplasias podem ser sinais de alerta e devem ser investigados pelo médico, linfadenopatia no pescoço, axilas e/ou virilha, sudorese noturna excessiva, febre, prurido na pele e perda de peso sem motivo aparente.¹² Os entrevistados identificaram corretamente a questão referente sobre a linfadenopatia, sinal do linfoma.

No caso do retinoblastoma, um sinal importante é o chamado “reflexo do olho do gato”, evidenciado pela leucocoria, este pode se apresentar, por meio da fotofobia, estrabismo, baixa visão e protusão ocular, acomete geralmente crianças antes dos 3 anos.¹³

Outra apresentação desta morbidade é o aumento do volume ou surgimento de massa no abdômen, que pode ser um sintoma do tumor de Wilms (neoplasia que afeta os rins, ocasionando hematúria) ou neuroblastoma.

Tumores sólidos podem se manifestar pela formação de massa, visível ou não, e causar dor nos membros. Esse sinal é frequente, por exemplo, no osteossarcoma, comum em adolescentes.¹³ Apesar de a maioria responder corretamente, a importância do incentivo em identificar precocemente os sinais e sintomas e ofertar um melhor preparo dos profissionais da Atenção Primária à Saúde continua sendo necessário.

Lag time é o tempo entre o início dos sinais e sintomas do tumor e seu diagnóstico.⁵ Nesse contexto, foi observado que todos os participantes da pesquisa desconhecem a maioria dos fatores que pode influenciar nesse período, elencados em relação: ao paciente (sexo, idade, raça, comorbidade, fatores socioeconômicos); ao tumor (extensão, local primário, morfologia e biologia) e ao sistema de saúde, (rastreamento, facilidades de diagnóstico e tratamento, qualidade do tratamento e acompanhamento).¹⁴ Geoffrey Kabat¹⁵ afirmou que, em última instância, o câncer é resultado de um processo relacionado ao crescimento, pois os hormônios ou outros fatores de crescimento, que influenciam na altura, também afetam o risco de câncer. Contudo, nenhum entrevistado identificou a altura e o sexo como fatores influenciadores.¹⁵ Apesar de poucos terem marcado exposição ambiental, esse pode ser determinante para o desenvolvimento do câncer infantil por ter seu início cedo na vida.¹

Ainda nesse contexto, os diversos tipos de câncer na infância têm diferentes tempos para diagnóstico. O tumor de Wilms e a leucemia tendem a ser diagnosticados mais precocemente (2,5 a 5 semanas), enquanto os tumores do SNC e os tumores ósseos são diagnosticados mais tardiamente (21 a 29 semanas). Em pesquisa em crianças com tumor do SNC, os pais relataram que consultaram, em média, 4,5 médicos (variação de 1-12) antes de obter o diagnóstico.⁵

Quanto à localização, os tumores de SNC são diagnosticados mais rapidamente, quando se manifestam na região infratentorial (10,8 semanas em média) do que quando ocorrem na região supratentorial (43,4 semanas em média).¹⁶ A respeito da idade, estudo demonstra que o tempo para o diagnóstico foi mais curto em crianças menores de 5 anos do que em adolescentes, fato que pode sugerir que pais prestam mais atenção a lactentes e pré-escolares e os levam a maior número de consultas de rotina com o pediatra.¹⁷

No estudo de Fajardo-Gutierrez,¹⁸ pacientes que viviam próximos da cidade do México tinham um tempo de diagnóstico menor do que os que viviam longe da cidade. No caso de países em desenvolvimento, o diagnóstico é feito, em geral, em estágios mais avançados da doença, tendo como consequência a piora do prognóstico.¹⁸ A efi-

ciência e as oportunidades do sistema de saúde são fundamentais para melhores resultados, uma vez que interferem em quase todas as etapas da cadeia de cuidado, de diagnóstico e de tratamento.⁵ Diante disso, o tempo entre a primeira consulta médica, o diagnóstico e o tratamento efetivo dependem primordialmente da equipe de saúde, do atendimento médico, do sistema de saúde, dos pacientes e dos pais. Por isso, a importância de todos estarem alerta quanto aos sinais e sintomas.

Segundo a National Institute For Health And Clinical Excellence,¹⁹ algumas recomendações gerais são necessárias para a ESF na condução de um caso suspeito, são elas: escuta qualificada e orientações necessárias; estar disponível para reavaliar os pacientes sempre que necessário; nas fases de suspeita diagnóstica, interagir com outros profissionais, como os demais profissionais da ESF.¹⁹

Além disso, nas consultas de puericultura e nas visitas domiciliares, em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e/ou com a equipe de enfermagem, o enfermeiro poderá identificar sinais e sintomas do câncer em crianças e adolescentes, contribuindo para um acesso mais rápido ao atendimento médico, por isso sua importância na atenção primária.⁵ Porém, nesta pesquisa, alguns enfermeiros não julgaram as visitas e o encaminhamento de ações viáveis para detecção precoce desta neoplasia.

Por fim, o estudo também demonstra que nenhum enfermeiro teve a oportunidade de trabalhar em oncologia pediátrica e apenas três já receberam capacitação sobre o assunto. Com isso, por meio dos depoimentos dos participantes, é possível constatar carência a respeito do assunto.

Brandalise et al.²⁰ observaram, assim como no estudo em pauta, que os profissionais de saúde têm déficit de conhecimento em relação aos problemas dos pacientes pediátricos com câncer relacionados aos sinais e sintomas, taxa de mortalidade, resultados terapêuticos obtidos, fato que pode ser explicado em parte pelas falhas na formação (graduação e pós-graduação) dos diferentes profissionais de saúde e, por outro lado, pelo baixo índice de discussão sobre o câncer infantojuvenil entre os profissionais que estão nos serviços.²⁰

Diante deste cenário, com o tema “Diagnosticar Precocemente o Câncer Infantojuvenil”, o Grupo de Ajuda à Criança com Câncer – Pernambuco (GAC-PE) capacitou os profissionais da ESF sobre os sinais e sintomas que servem de alerta para o diagnóstico precoce. A iniciativa foi idealizada em 2005, pelo Comitê de Projetos do Instituto Ronald Mc Donald, em parceria com o INCA. Os profissionais são capacitados para que possam suspeitar e encaminhar com mais brevidade a hospitais de referência, potenciais casos de câncer infanto-juvenil.²¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo apontam fragilidades no conhecimento sobre os sinais e sintomas do diagnóstico precoce ao câncer infantojuvenil pelos profissionais de enfermagem da ESF do DSII da cidade do Recife-PE. Tal fato evidencia a necessidade de implantar capacitações para os enfermeiros das USFs para que os mesmos possam, melhor e de forma mais eficiente, atender ao público infantojuvenil.

Portanto, torna-se precípua a oferta de novas políticas públicas e educação em saúde permanente, para além da prestação de um atendimento com profissionais capacitados, uma assistência integral, com intuito de minimizar o retardo no diagnóstico do câncer infantojuvenil e consequentemente aumentar a probabilidade de cura dessa neoplasia.

Por fim, observa-se que a Atenção Primária à Saúde sob a gestão municipal, conforme a realidade local e a governabilidade são capazes de prover ações de prevenção consoante à capacidade de atuação da ESF, para o enfrentamento do câncer infantojuvenil, resultando na construção de uma rede eficiente de assistência ao diagnóstico precoce.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro. 2015. [Citado 2016 fev. 22]. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estatísticas do câncer: RCBP [Internet]. Brasília. 2015. [Citado 2016 fev. 22]. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/estatisticas/site/home/rcbp/>>.
3. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, Stanton BF. Tratado de pediatria. 18ª.ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2009.
4. Silva ARS, Alves ERP, Barros MBSC, Bushatsky M, Souto CMMR, Figueira Filho ASS. Educação em saúde para detecção precoce do câncer de mama. Rev Rene [Internet] 2011. [Citado 2014 out. 08]; 12(esp.):952-9. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4621/1/2011_art_cmrmsouto.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Instituto Ronald Mc Donald. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente. 2ª ed. Rev. Ampl. Rio de Janeiro; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 874, de 16 maio de 2013, a qual institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Brasília. 2013. [Citado 2014 nov. 14]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>.
7. Azevedo MCV, Lima KYN, Santos ADB, Monteiro AI. Atuação das equipes da atenção primária na identificação precoce do câncer infantojuvenil. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental 2012 set.; 2(6):2692-701.
8. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2015.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2009.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Leucemia. [Internet]. Brasília. 2013. [Citado 2015 maio 11]. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/leucemia/sintomas+>>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Particularidades do Câncer Infantil. [Internet]. Rio de Janeiro. 2008. [Citado 2015 maio 15]. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Linfoma Não Hodgkin. [Internet]. Rio de Janeiro. 2008. [Citado 2015 maio 20]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/linfoma_ao_hodgkin>.
13. Araújo, GMB. Câncer infantil: artigos técnicos. [Internet]. [Citado 2015 maio 20]. Disponível em: <<http://hnsf.com.br/artigos/2014/07/23/cancer-infantil/>>.
14. Black, WC. 1998. Increasing incidence of childhood primary malignant brain tumors-enigma or no-brainer? Journal of the National Cancer Institute. 90:1249-1251.

15. Geoffrey C, Kabat V, Kamensky M, Heo JW, Bea L, Hou DS, et al. (2014) Combined conjugated esterified estrogen plus methyltestosterone supplementation and risk of breast cancer in postmenopausal women. *Maturitas* 79:70-76.
16. Flores LE, Williams DL, Bell BA, O'Brien M, Ragab AH. Delay in the diagnosis of pediatric brain tumors. *American Journal of Diseases of Children*, 1986 jul.; 140(7):684-686.
17. Rodrigues, KE, Camargo, B. Diagnóstico precoce do câncer infantil: Responsabilidade de todos. *Revista da Associação Médica Brasileira*. [Internet]. São Paulo. 2003 jan./mar. [Citado 2014 out. 15]; 49(1):29-34. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n1/15377.pdf>>.
18. Fajardo-Gutiérrez A, Mejía-Aranguré JM, Redon M, Sandoval-Mex AM. Clinical and social factors that affect the time to diagnosis of Mexican children with cancer. *Medical and Pediatric Oncology*. 2002; 39(1):25-31.
19. National Institute For Health And Clinical Excellence. Referral for suspected cancer: a clinical practice guideline. [Internet]. New York. 2005. [Citado 2015 jun. 01]. Disponível em: <<http://guidance.nice.org.uk/CG27/Guidance/pdf/English>>.
20. Brandalise S, Peres P, Padilha RQ. Unidos pela cura. Carta de recomendação. Contribuições do 2º Fórum de Oncologia Pediátrica do Rio de Janeiro para qualificação da rede pública de tratamento. [Internet]. Rio de Janeiro. 2013. [Citado 2015 maio 01]. Disponível em: <http://foprio.org.br/downloads/carta-de-recomendacoes_2FOP-Rio.pdf>.
21. Grupo de Ajuda à Criança com Câncer (GAC). Projetos. [Internet]. Pernambuco. 2013. [Citado 2015 maio 05]. Disponível em: <<http://gac.org.br/>>.

Submissão: maio de 2016

Aprovação: novembro de 2017
