



Editora Poisson

FIQUE ATENTO

PODE SER CÂNCER
INFANTOJUVENIL

UMA COLETÂNEA DE PESQUISAS

Organizadores: Jocastra Bispo de Santana, Magaly Bushatsky,
Helana Maria Ferreira Renesto, Mariana Boulitreau Siqueira
Campos Barros, Vera Lúcia Lins de Moraes.

Organizadoras

Helana Maria Ferreira Renesto
Jocasta Bispo de Santana
Magaly Bushatsky
Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros
Vera Lúcia Lins de Morais

Fique Atento Pode ser Câncer Infantojuvenil

1ª Edição

Belo Horizonte

Poisson

2020

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial

Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais

Ms. Davilson Eduardo Andrade

Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas

Msc. Fabiane dos Santos

Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia

Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC

Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy

Ms. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F521

Fique Atento Pode ser Câncer Infantojuvenil /
Organização: Helana Maria Ferreira Renesto,
Jocasta Bispo de Santana, Magaly Bushatsky,
Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros, Vera
Lúcia Lins de Moraes. Editora Poisson - Belo
Horizonte - MG: Poisson, 2020

Formato: PDF

ISBN: 978-65-5866-017-0

DOI: 10.36229/978-65-5866-017-0

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

1.Saúde 2.Medicina 3. Enfermagem I. RENESTO,
Helana Maria Ferreira II. SANTANA, Jocasta Bispo de
III. BUSHATSKY, Magaly IV. BARROS, Mariana Boulitreau
Siqueira Campos V. MORAIS, Vera Lúcia Lins de VI.
Título.

CDD-610

Sônia Márcia Soares de Moura - CRB 6/1896

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

ORGANIZADORAS

HELANA MARIA FERREIRA RENESTO



Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (2003), residência em Enfermagem em Hematologia e Hemoterapia pela Fundação HEMOPE (2008) e mestrado de Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (2011). Enfermeira da Sala de Quimioterapia do Centro de Oncohematologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (CEONHPE/HUOC), professora de enfermagem do Centro Universitário Estácio do Recife, enfermeira da Atenção Primária da Prefeitura do Recife.

JOCASTRA BISPO DE SANTANA



Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco (2011), especialização pelo Programa de Residências da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco em enfermagem em cancerologia (2014). Mestrado em saúde da criança e do adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco (2018). Atualmente é enfermeira do Hospital Barão de Lucena (SES-PE) e da Rede de Saúde Mental da Prefeitura do Recife.

MAGALY BUSHATSKY



Professora Associada da Universidade de Pernambuco, possui graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco (1986), mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco (2005) e doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco (2010). Coordenadora dos Programas de Residência de Enfermagem em oncologia e infectologia do HUOC-FENSG-UPE desde 2006, Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUOC/PROCAPE-UPE desde 2015. Docente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças FENSG-UPE e professor permanente do Mestrado de Perícias Forenses da FOP-UPE, Membro da Comissão de Perícias Forenses da OAB-PE, Membro da Câmara de Bioética do CREMEPE-PE. ORCID: 0000.0002-0792-6469



MARIANA BOULITREAU SIQUEIRA CAMPOS BARROS

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco (2008), especialização em Gestão em Saúde Pública pela Universidade de Pernambuco (2012), especialização (Residência) em Saúde da Família pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (2012) e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (2014), com doutorado (em andamento) em Educação em Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco. Atualmente é professora assistente do Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão/UFPE.



VERA LÚCIA LINS DE MORAIS

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (1974). Especialização em Cancerologia Infantil no Hospital do Câncer de São Paulo (1975-1976). Oncologista Pediatra do Centro de Oncohematologia Pediátrico do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco desde 1979 e Fundadora do Grupo de Ajuda à Criança com Câncer de Pernambuco (GAC-PE) e atual presidente da instituição. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Oncologia Pediátrica, atuando principalmente nos seguintes temas: câncer infantil, quimioterapia, radioterapia e efeitos tardios.

Apresentação

Meu relato sobre a “Linha do Tempo do Fique Atento! Pode ser Câncer”.

Essa história data desde a década de 90, quando iniciei minhas atividades docentes na Faculdade de Ciências Médicas a convite do professor Meraldo Zisman, titular da disciplina de pediatria, onde ministrava uma aula semestral sobre Sinais e Sintomas de Alerta ao Câncer Infantojuvenil, tendo como objetivo principal informar a esses alunos que essa era a única ferramenta disponível para melhorar os índices de sobrevivência dessa doença.

Em 2004, fui convidada pela Dra Lúcia Trajano, à época Presidente da Sociedade de Pediatria de Pernambuco (SOPEPE), para coordenar o Departamento de Oncohematologia dessa Sociedade. Foi neste período que nomeamos o projeto como “Fique Atento! Pode ser Câncer”, tendo como finalidade prioritária divulgar o câncer infantojuvenil levando informações sobre a importância da suspeição precoce dos sinais e sintomas da doença. Planejamos como estratégia, levar uma caravana com médicos ligados a outras áreas da SOPEPE tais como reumatologia, infectologia e neurologia, doenças com sinais e sintomas semelhantes ao câncer infantojuvenil, e realizávamos uma única aula voltada aos profissionais de saúde daquele local. Este era selecionado de acordo com a demanda de casos ao Centro de Oncologia Pediátrica da UPE, Centro de Referência para o tratamento da doença.

Em 2007, assumi a presidência do Departamento de Oncohematologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a equipe era formada por especialistas de vários estados brasileiros na área. Tivemos vários feitos nessa gestão, tais como: lançamento do primeiro Editorial sobre o Câncer Infantojuvenil; Edição do primeiro *folder* do projeto com divulgação nacional; Publicação e lançamento do livro do Instituto Nacional do Câncer (INCA) com os dados dos Registros de Base Populacional e da Mortalidade do Câncer na Criança e no Adolescente no Brasil.

Ainda no departamento de Oncohematologia da SBP, em 2008, o Grupo de Ajuda à Criança com Câncer de Pernambuco (GAC-PE) foi selecionado a participar do Projeto do Diagnóstico Precoce ao Câncer Infantojuvenil do Instituto Ronald McDonald's, onde ficamos até 2012. Esse projeto tinha como finalidade capacitar todos os profissionais da Atenção Primária à suspeição dos sinais e sintomas da doença e contribuir para a organização da rede de atenção oncológica do câncer infantojuvenil.

No ano de 2014, a convite da Professora Mariana Boulitreau, iniciamos uma articulação para desenvolver nosso projeto utilizando como ferramenta a Telessaúde, sendo contemplado neste curso a teleeducação e a teleassistência. Foi um projeto em parceria com a Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, o Núcleo de Telessaúde do Hospital das Clínicas e do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, a Universidade Federal de Pernambuco (Centro Acadêmico de Vitória) e a Universidade de Pernambuco. O lançamento ocorreu em 2015 e ficamos até 2017 onde realizamos as edições 1,2 e 3.

Em 2018, o mesmo projeto foi aprovado para ser desenvolvido no Núcleo de Educação à Distância (NEAD) da UPE com a anuência do Professor Renato Moraes. Neste espaço, fizemos gravações das aulas com a equipe multiprofissional de professores da UPE. A partir dessas aulas, foi criado um canal de Youtube para utilizá-lo nas capacitações. Vale aqui destacar a participação de Helana Renesto, enfermeira da UPE e Professora da Faculdade Estácio de Sá, Universidade parceira nesse projeto, que ficou à frente no desenvolvimento deste, se revelando como uma experiência exitosa.

Diante da instabilidade em manter vivo esse projeto, em 2019, procuramos a Secretaria de Saúde (SES) do Estado de Pernambuco, através do seu secretário, Dr André Longo, e propomos ao mesmo inserir o curso na Telessaúde do Governo do Estado de Pernambuco, buscando ampliar a execução para todos os municípios do Estado e bem como conseguirmos a sustentabilidade do projeto. A proposta foi aceita e o lançamento do curso pelo Núcleo de Telessaúde do Estado ocorreu no final do mesmo ano. Este, ainda está em andamento!

Registramos aqui nossos agradecimentos a todos que junto comigo acreditaram nesse sonho, na certeza de que estamos no caminho certo.

#Acreditar sempre, desistir jamais!

Muito Obrigada!

Dra. Vera Lúcia Lins de Moraes

Prefácio

O câncer passou a ser reconhecido como problema de saúde pública a partir do ano de 2003, em função de sua magnitude. Dois anos mais tarde, o Ministério da Saúde publicou uma portaria que apresentava uma Política Nacional de Atenção Oncológica e os conceitos sobre Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, determinando papéis e responsabilidades ao bom desempenho no contexto da rede assistencial. Antes mesmo do surgimento de tais diretrizes, organizações da sociedade civil e profissionais de saúde já compreendiam a necessidade de priorizar ações relativas ao tema, bem como atuar de forma coletiva com vistas a unir esforços para o desenvolvimento de iniciativas que pudessem melhorar os índices de cura do câncer infantojuvenil. Sabemos que quando o câncer acomete crianças e adolescentes, o cenário toma outra dimensão e nos mostra o grande desafio que é estar diante de uma das principais causas de morte na faixa etária de 1 a 19 anos.

O câncer infantojuvenil não é uma doença prevenível uma vez que ainda não há comprovação científica de que a doença possa estar associada a estilo de vida ou a fatores de risco ambientais, mas é potencialmente curável. Logo, para o sucesso terapêutico, deve ser dada uma atenção especial à identificação dos sinais e sintomas de forma precoce associado ao encaminhamento dos casos em tempo oportuno e tratamento em um serviço especializado.

Estudos realizados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), no ano de 2016, mostraram que a taxa de sobrevida média é de 64% no Brasil e os piores índices foram encontrados nas regiões nordeste e norte (60% e 50%, respectivamente). Portanto, ainda temos um árduo caminho pela frente para alcançarmos os mesmos patamares dos países com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), onde as chances de cura ultrapassam 80%. Por ainda haver muita desigualdade no acesso ao diagnóstico e na qualidade do tratamento, podemos afirmar que atualmente o que define as chances de cura dos pequenos pacientes é o seu país de residência.

Outras medidas podem contribuir para a mudança do cenário atual. Uma delas é promover uma ampla disseminação do conhecimento por meio de capacitações dos profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam no âmbito da Atenção Primária à Saúde, por ser a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS). Demais ações relatadas nesta publicação fortalecem o importante papel dos profissionais para a organização da linha de cuidados desses pacientes.

Esta coletânea de artigos discorre, com muita propriedade, acerca dos avanços obtidos por meio de iniciativas bem sucedidas na área da oncologia pediátrica e seus desafios. O material teve como principal mentora a renomada oncologista pediátrica Dra. Vera Moraes. Esta admirável profissional, em seus primeiros anos de atuação no meio científico, identificou que tão importante quanto promover um tratamento de excelência era necessário inspirar os seus pares a desenvolver estratégias que pudessem impactar diretamente às condições de atendimento, tratamento e conhecimento sobre o câncer em crianças e adolescentes nos diversos níveis de atenção à saúde. Os artigos tornam o material uma excelente referência para a formulação de políticas públicas voltadas ao câncer infantojuvenil a partir das experiências apresentadas.

Com muita honra, prefácio a publicação elaborada por uma grande equipe que se dedica incansavelmente à causa e que evidencia seu compromisso com a luta pela vida daqueles que ainda tem muitos sonhos pela frente. Que esta energia nunca se esgote e que sirva de inspiração à todos nós!

Boa leitura!

Viviane Junqueira

Sumário

Capítulo 1: Telessaúde como estratégia de educação permanente na área do Câncer infantojuvenil..... 11

Dulcineide Oliveira, Talita Helena Monteiro de Moura, Marília Cleide Tenório Gomes, Carlos Américo, Lucianne de Freitas Xavier Paulino, Renata Santos de Oliveira, Suelen Waleska Gomes de Moraes, Pedro Albino

DOI: 10.36229/978-65-5866-017-0.CAP.01

Capítulo 2: Perfil de crianças e adolescentes com Câncer diagnosticadas através do projeto fique atento: Pode ser Câncer na cidade do Recife – PE 16

Anna Maria de Oliveira Isaac, Helana Maria Ferreira Renesto, Jocastra Bispo de Santana

DOI: 10.36229/978-65-5866-017-0.CAP.02

Capítulo 3: Aplicativo móvel para detectar o Câncer infantojuvenil: Estudo metodológico 22

Heloíza Gabrielly de Oliveira Cavalcanti, Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros, Magaly Bushatsky, Chardsongeicyca Maria Correia da Silva Melo, Antônio Jorge Ferreira Delgado Filho, Kátia Carola Santos Silva, Chardsonclesia Maria Correia da Silva Melo

DOI: 10.36229/978-65-5866-017-0.CAP.03

Capítulo 4: Câncer infantojuvenil: O itinerário terapêutico e as interfaces da saúde pública 28

Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros, Magaly Bushatsky, Arli Diniz Oliveira Melo Pedrosa, Vera Lúcia Lins de Moraes, Jocastra Bispo de Santana, Luísa Victória Peres Torres, Solange Laurentino dos Santos, Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

DOI: 10.36229/978-65-5866-017-0.CAP.04

Capítulo 5: Perfil dos pacientes com diagnóstico de não Câncer investigados em um centro de referência em Oncologia Pediátrica na cidade do Recife-PE..... 37

Camila Gonçalves Mariz, Lindiane Dara da Silva, Helana Maria Ferreira Renesto, Jocastra Bispo de Santanna, Joel Azevedo de Menezes Neto

DOI: 10.36229/978-65-5866-017-0.CAP.05

Capítulo 6: Primeira classe hospitalar em Pernambuco: Vivências e percepções das crianças com Câncer 44

Jairane Evely de Castro Azevedo, Magaly Bushatsky, Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros, Vera Lúcia Lins de Moraes, Andreza Cavalcanti Vasconcelos, Eryck Nascimento Magalhães, Maria Mayara Araújo Pereira, Alessandra Roseli Gonçalves de Santana

DOI: 10.36229/978-65-5866-017-0.CAP.06

Sumário

Capítulo 7: Câncer infantojuvenil: Caracterização a partir da classificação internacional da atenção primária..... 51

Thaís Maria Ribeiro Lima, Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros, Jessé Gomes Pereira, Vera Lúcia Lins de Moraes, Marcelo Lucas Justino da Silva, Jocastra Bispo Santana, Magaly Bushatsky

DOI: 10.36229/978-65-5866-017-0.CAP.07

Capítulo 8: Avaliação da qualidade de vida em adolescentes com Câncer submetidos à quimioterapia ambulatorial em unidade de referência na cidade do Recife, Pernambuco. 60

Helana Maria Ferreira Renesto, Jessé Gomes Pereira, Vera Lúcia Lins de Moraes, Marcelo Lucas Justino da Silva, Maximiliano Heleno Alexandre Cunha, Jabiael Carneiro da Silva Filho

DOI: 10.36229/978-65-5866-017-0.CAP.08

Capítulo 9: Câncer infantojuvenil: Conhecimento dos profissionais da estratégia de saúde da família de um município da zona da mata de Pernambuco 70

Thaynara Fernanda Soares da Silva, Ana Wladia Silva de Lima, Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros, Magaly Bushatsky, Vera Lúcia Lins de Moraes, Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho

DOI: 10.36229/978-65-5866-017-0.CAP.09

Capítulo 10: Conhecimento dos profissionais da atenção primária à saúde sobre vacinas em crianças e adolescentes em Quimioterapia..... 78

Raphael Henrique Gomes da Costa, Cláudia Benedita dos Santos, José Teles de Oliveira Neto, Magaly Bushatsky, Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho, Vitoria Carla Conceição Almeida, Jocastra Bispo de Santanna, Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros

DOI: 10.36229/978-65-5866-017-0.CAP.10

Capítulo 11: Câncer infantojuvenil: Conhecimento dos estudantes de enfermagem acerca do diagnóstico precoce. 86

Beatriz Mendes Neta, Geissiely Ferreira de Oliveira Monteiro, Ísis Catharine Rodrigues Nascimento, Josielly Ferreira, Lara Emanuele Santana Santos, Laryssa Thamyres Santos Barros, Magaly Bushatsky, Mirella Santos Barbosa de Souza, Sabrina Sandriny de Sousa Silva, Maria Andrelly Matos de Lima

DOI: 10.36229/978-65-5866-017-0.CAP.11

Capítulo 12: Tópicos sobre Câncer infantojuvenil em uma região agroindustrial no Sul do Brasil 93

Jane Kelly Oliveira Friestino, Ana Paula Barasuol Rodrigues, Gilnei Fidler Soares, Kassiano Carlos Sinski, Marcelo Moreno, Patricia Carla de Lima, Vander Monteiro da Conceição

DOI: 10.36229/978-65-5866-017-0.CAP.12

Sumário

Capítulo 13: Câncer infantojuvenil: Uma abordagem possível para atenção primária de saúde 101

Jadianne Ferreira da Silva, Allana Regina de Lima Silva, Artur Rodrigo Oliveira de Luna, Ericka Vanessa de Lima Silva, Fernanda Bandeira de Melo Rocha, Joyce Kelly Cavalcante de Souza, Roberta Albanez de Lemos Caldas

DOI: 10.36229/978-65-5866-017-0.CAP.13

Autores:..... 110

Capítulo 1

Telessaúde como estratégia de educação permanente na área do Câncer infantojuvenil

Dulcineide Oliveira

Talita Helena Monteiro de Moura

Marília Cleide Tenório Gomes

Carlos Américo

Lucianne de Freitas Xavier Paulino

Renata Santos de Oliveira

Suelen Waleska Gomes de Morais

Pedro Albino

Resumo: O Programa Telessaúde Brasil Redes proporciona a interação entre profissionais de saúde, por meio de tecnologias de informação e comunicação, em seus diversos níveis. Portanto, desenvolve estratégias de apoio assistencial e formativo para os profissionais que atuam nos serviços de saúde. Dentre as possibilidades de uso da Telessaúde, a teleducação objetiva apoiar ações de educação permanente. Os resultados esperados nas iniciativas de educação permanente em saúde, envolvem a qualificação profissional, mudanças e implicações positivas no processo de trabalho. Neste contexto, um curso oferecido em plataforma de ensino, com conteúdo aplicável ao contexto de trabalho, e orientado por evidências científicas, certamente gera indicadores de qualidade na atuação dos profissionais de saúde. Considerando que as pesquisas em saúde ocorrem de forma contínua, é necessário que as estratégias educativas para os profissionais, sejam ações prioritárias, e, portanto, ofertadas em alinhamento com o contexto em que eles atuam. Dentre as diversas áreas da saúde, que precisam ser amplamente estudadas, está a prevenção do câncer infantojuvenil, visto que o diagnóstico precoce é fundamental para que cerca de 80% das crianças e adolescentes, acometidas por este agravo, possam evoluir para cura e conseqüentemente tenham melhor qualidade de vida após o tratamento adequado. Neste capítulo, relata-se a experiência de implementação de um curso autoinstrucional na plataforma de ensino do Núcleo de Telessaúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, desde a concepção pedagógica aos primeiros resultados alcançados.

Palavras-Chave: Telessaúde; Teleducação; Neoplasias; Saúde da Criança; Saúde do Adolescente.

1. INTRODUÇÃO

A Política Estadual de Telessaúde de Pernambuco, em consonância com as portarias que regulamentam o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco (PES) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR); visa subsidiar os gestores e demais profissionais da rede de atenção à saúde de Pernambuco, no uso efetivo de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), nos eixos da Teleducação, Teleassistência e Telegestão. Portanto, é uma estratégia inovadora, com potencial para romper os distanciamentos geográficos e apoiar na aplicação de ferramentas tecnológicas, com ênfase na qualificação, atuando como dispositivo de educação permanente em saúde e também para fins assistenciais e de gestão (OLIVEIRA, DG; CARVALHO, J; MOURA, T. 2018; OLIVEIRA, DG; *et al.* 2015).

No escopo das ações do Núcleo de Telessaúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES), a Teleducação utiliza as TICs para contribuir na qualificação de profissionais e estudantes da saúde. Dispõe de um portfólio de serviços para produção de materiais em parceria com as áreas técnicas da SES e publicação na plataforma de ensino (cursos, comunidade de práticas, biblioteca virtual), e redes sociais (divulgação de vídeos e outros recursos aplicáveis ao processo de trabalho e desenvolvimento de ações de educação em saúde). Também realiza encontros síncronos com profissionais/estudantes de saúde, por meio de webpalestras, vídeoconferências, dentre outros. Portanto, disponibiliza informações seguras, baseadas em evidências científicas e aplicáveis ao contexto de trabalho.

O modelo de curso que é produzido no Núcleo Estadual de Telessaúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (NET-SES/PE) é definido em duas principais modalidades de ações pedagógicas, que são planejadas para atender os objetivos de aprendizagem que podem ser aplicados nos serviços de saúde, nos formatos autoinstrucional ou híbrido. Os cursos autoinstrucionais, neste contexto, são estruturados com conteúdo autoexplicativo, disponibilizados numa plataforma de ensino online, visando estimular a aprendizagem significativa, de forma horizontal e colaborativa entre os participantes. Enquanto os híbridos são ofertados com conteúdo autoexplicativo e encontros presenciais. Depois de cumprida a carga horária pré-estabelecida na programação do curso, os participantes recebem certificados e respondem ao instrumento de avaliação cujo objetivo é identificar suas percepções em relação ao curso realizado e possibilidade de aplicação no seu contexto de trabalho.

Os cursos no NET/SES/PE são desenvolvidos a partir de demandas intrainstitucionais e/ou interinstitucionais a fim de contribuir na atualização de profissionais da rede estadual de saúde de Pernambuco. Em consonância com os princípios da educação permanente (BRASIL, 2018), portanto, estas iniciativas dependem das necessidades identificadas pelas áreas técnicas, e demandas provenientes dos trabalhadores que estão na rede de atenção à saúde de Pernambuco.

E, diante da necessidade de investir na formação para os profissionais da rede de saúde de Pernambuco, com ênfase na prevenção do câncer infantojuvenil, a Secretaria Estadual de Saúde recebeu a proposta do Grupo de Apoio às Crianças com Câncer (GAC/PE) para dar continuidade a um projeto denominado “Fique Atento pode ser Câncer”. Este projeto foi lançado em 2008 com objetivo de alertar os profissionais, sobre a importância do diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil. A concepção deste projeto objetivou capacitar profissionais, principalmente os que atuam na Atenção Primária, visto que é a porta de entrada ao sistema de saúde no Brasil.

Considerando a prevalência das neoplasias infantojuvenis e a situação de morbimortalidade, atesta-se que o diagnóstico precoce, é fundamental para proporcionar melhor qualidade de vida às crianças/adolescentes que já apresentam esse diagnóstico, mas, não iniciaram o tratamento devido à subnotificação (MARCHI, J. A. et al. 2013; ARAÚJO, C. 2008).

A situação epidemiológica relacionada ao câncer infantojuvenil, é uma das justificativas para investir em processos formativos para trabalhadores da saúde especialmente para garantir o diagnóstico precoce e evitar o exaustivo itinerário terapêutico que muitas famílias realizam para buscar ajuda, mediante a suspeita e/ou diagnóstico confirmado. Assim, as formações *online*, constituem importantes ferramentas para disponibilizar materiais em ambientes virtuais, respaldados em publicações científicas, notas técnicas, protocolos e outras normativas essenciais para nortear a produção de cuidado em todos os níveis de atenção à saúde (DA SILVA ABBAD, 2014).

Este capítulo, tem como objetivo apresentar as vivências da equipe do NET-SES/PE mediante a implementação de um curso autoinstrucional na plataforma de ensino, em parceria com o Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GAC/UPE), e área técnica da SES. Trata-se de uma experiência de educação permanente em saúde, mediada por tecnologia, na área do câncer infantojuvenil. Portanto, empoderar o trabalhador, principalmente da Atenção Primária à Saúde, na suspeição precoce do câncer infantojuvenil,

realização dos cuidados primários, e conhecer como conduzir o usuário com suspeita ou diagnóstico confirmado, a seguir o itinerário terapêutico de forma efetiva, iniciando seu percurso na principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) que é representada pelos serviços de Atenção Primária.

2. MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, construído a partir das vivências da equipe do NET-SES/PE na implementação de um curso na modalidade autoinstrucional, com temática na prevenção do câncer infantojuvenil, juntamente com uma equipe de conteudistas das instituições parceiras e apoio da área técnica da SES/PE.

O curso “Fique Atento: Pode ser Câncer” disponibilizado na plataforma de ensino do NET-SES/PE, foi estruturado para capacitar os profissionais de saúde para suspeição e diagnóstico precoce dos cânceres infantojuvenil no estado de Pernambuco. O público alvo da primeira edição, é constituído por profissionais e estudantes de saúde, que atuam na área de abrangência da I Gerência Regional de Saúde (GERES), especialmente os que estão nos serviços de Atenção Primária, dentre eles, o Agente comunitário de Saúde, Cirurgião-dentista, Enfermeiro, Médico, Técnico/auxiliar de enfermagem e de Saúde bucal e profissionais do Núcleo de Ampliado em Saúde da Família (NASF).

O curso na modalidade autoinstrucional possibilita a autonomia dos profissionais, mediante sua realização. Respalda-se na metodologia problematizadora, estimulando a identificação de situações reais, vivenciadas no contexto de trabalho (BRITES L; ROCHA C, 2017). Desse modo, o cursista é protagonista das mudanças que podem contribuir para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e do processo de trabalho da equipe, especialmente no que tange à identificação precoce de suspeita do câncer em crianças e adolescentes.

A metodologia problematizadora corrobora com o objetivo do curso, no que tange à educação permanente em saúde, envolvendo desde a atualização de informações, com base em pesquisas, protocolos clínicos e evidências científicas, e identificação de situações-problemas e desafios enfrentados no contexto de trabalho, envolvendo práticas que façam sentido para os atores envolvidos, portanto, alcançando o objetivo também relacionado à aprendizagem significativa (BRASIL, 2018; CYRINO EG, TORALLES-PEREIRA ML, 2004).

A primeira edição do curso foi publicada pelo NET-SES/PE, no formato autoinstrucional, em novembro de 2019 com previsão de término para junho de 2020. As inscrições foram divulgadas em diversos recursos midiáticos como reportagens em jornais, rádio e televisão, além dos sites e redes sociais, da SES/PE e GAC, no período de 22 de novembro a 05 de dezembro de 2019 (SES PE, 2019).

O curso foi estruturado em quatro capítulos, totalizando-se a carga horária de 120 horas. Cada módulo dispõe de vídeos, materiais complementares (artigos, protocolos clínicos, manuais do Ministério da Saúde), e fórum para discussão entre cursistas e conteudistas. Utilizou-se o modelo de avaliação formativa, por meio de questionários, sendo um em cada módulo, além de pré-teste e pós-teste.

Os módulos foram organizados estrategicamente com conteúdos interrelacionados, de forma ascendente na complexidade das ações e oportunizando um desfecho personalizado. Foram elaborados por dez profissionais especialistas (Médicos, Enfermeiras, Psicóloga e Assistente Social) em oncologia das instituições: GAC, Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) e Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Centro Acadêmico de Vitória (CAV). Portanto, os módulos foram denominados: Epidemiologia do Câncer e Rede de Atenção à Saúde (Módulo I), Sinais, Sintomas e diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil (Módulo II), Abordagem Multiprofissional do Câncer Infantojuvenil (Módulo III) e Ferramentas da Saúde Digital na Suspeição Precoce do Câncer Infantojuvenil (Módulo IV) (SES/PE, 2019).

O projeto pedagógico foi estruturado para alcançar profissionais de saúde de diversas categorias, portanto, viabilizando o trabalho multiprofissional, na suspeita do câncer infantojuvenil. Os módulos foram delineados considerando a potencialidade do cursista tornar-se multiplicador do conhecimento obtido neste curso, com possibilidade de implementação em seu ambiente de trabalho, visando a melhoria da qualidade da atenção à saúde da criança e adolescente.

As etapas de produção de conteúdo antecederam com reuniões para alinhamento do modelo do curso, envolvendo a participação de gestores da SES/PE, representantes do GAC e equipe do Núcleo de Telessaúde. Os professores conteudistas elaboraram material teórico, participaram de gravação de vídeos, e construíram as atividades formativas para cada módulo, no formato de questionários autocorrigidos. Além disso, propuseram um acervo de protocolos clínicos, artigos e outros tipos de publicações para

compor uma biblioteca virtual em cada módulo. Os módulos que contemplam os conteúdos relacionados a identificação de casos suspeitos de câncer infanto-juvenil, compõem-se de casos clínicos, tipos de exames, como realizar encaminhamentos na rede de saúde, utilizando os fluxos da rede de forma singularizada. Antes e após o curso, foram inseridos questionários pré e pós-teste cujo objetivo foi identificar o que os cursistas conheciam previamente sobre os sinais e sintomas precoce do câncer infanto-juvenil e o que aprenderam após aproximação com os conteúdos do curso. Cada módulo contou com um fórum, que não fazia parte da avaliação, e de modo geral foi utilizado para compartilhamento de comentários sobre o curso.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O curso Fique Atento: Pode ser Câncer, foi planejado para ocorrer no período de novembro de 2019 a junho de 2020, totalizaram-se 183 inscritos. A partir de julho de 2019 será possível obter os resultados da avaliação de satisfação, com maior proporção dos respondentes. Mas, até maio de 2020, observou-se que 30,25% acertaram pré-teste com relação à raridade do câncer infantil, 11,1% sua posição no quadro de mortalidade, e 80,25% sobre o tipo de neoplasia mais comum nesta faixa etária. Enquanto a proporção de acertos destas mesmas perguntas no pós-teste foram 52,47%, 75,31%, e 83,33%, respectivamente. Do total de 19 cursistas que responderam esta avaliação; 06 (50%) avaliaram o curso como satisfatório; 04 (25%) muito satisfatório e 04 (25%) extremamente satisfatório. Ao serem perguntados sobre o que o curso representou para a rede de saúde onde atuam, eles responderam que proporcionou um olhar mais observador e diferenciado, em relação às queixas recebidas, principalmente nos serviços de atenção primária, nas consultas com crianças, adolescentes e seus cuidadores. Também referiram obtenção de confiança na prática assistencial relacionada a esta temática.

Portanto, em seu quinto ano de realização, o projeto “Fique Atento: Pode ser Câncer”, a partir de 2019 ultrapassou os ‘limites’ das universidades e chegou à SES/PE para ser implementado em formato autoinstrucional na plataforma de ensino do Núcleo de Telessaúde e disponibilizado diretamente aos profissionais que estão na rede de atenção da GERES I.

As Tecnologias da Informação e Comunicação aplicadas à saúde têm um papel fundamental no que tange à educação permanente, pois, potencializam a disseminação do conhecimento (MCCUTCHEON LRM, et al. 2017).

E, especialmente nesta experiência, tem sido fundamental para apoiar os profissionais da rede de atenção à saúde de Pernambuco, por meio da divulgação de informações seguras, a respeito do diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil. Nessa perspectiva, o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes tem proporcionado a realização das ações, alcançando profissionais que atuam em diversos territórios, culminando na qualificação da assistência, melhorando a qualidade do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2015).

O NET-SES/PE nesta edição do Curso Fique Atento: Pode ser Câncer, utilizou a modalidade autoinstrucional. Este modelo se diferencia dos demais por possibilitar a autonomia do cursista, disponibilizando material autoexplicativo. Os conteúdos devem ser escritos de forma objetiva e simples, possibilitando ao cursista, o cumprimento das atividades de acordo com a sua disponibilidade de tempo (FIGUEIREDO, AM; 2015). Diante disto, o curso autoinstrucional Fique Atento: Pode ser Câncer, foi elaborado visando alcançar profissionais de diversas categorias e níveis da saúde, que atuam nos municípios da GERES I, evitando gastos com deslocamentos de equipes/profissionais ou mesmo de especialistas, caso o curso ocorresse de forma presencial.

4. CONCLUSÃO

A primeira edição do Curso: Fique Atento: Pode ser Câncer, ofertada na plataforma de ensino do NET-SES/PE apresentou em seus primeiros resultados, a melhoria do conhecimento dos profissionais sobre os sinais de suspeita do câncer infantojuvenil. As orientações para a identificação do câncer infantojuvenil pode subsidiar o diagnóstico precoce e dirimir as dificuldades comumente enfrentadas pelos usuários do SUS. Certamente, as crianças e adolescentes assistidas por esses profissionais, quando apresentarem sintomas de alerta, poderão receber com agilidade a confirmação do diagnóstico, o encaminhamento ao tratamento, bem como o suporte assistencial pessoal e familiar, garantindo assim um melhor prognóstico. Considerando que o curso foi disponibilizado no formato autoinstrucional, esse estimulou o protagonismo do profissional/trabalhador, mediante a sua realização, além de estimular o compartilhamento do

conhecimento adquirido, em seu ambiente laboral. Portanto, o Curso Fique atento: pode ser câncer é mais um dos resultados das ações de educação permanente em saúde promovidas no Núcleo Estadual de Telessaúde, juntamente com instituições parceiras e área técnica da SES/PE. De modo geral, essas ações visam qualificar o itinerário terapêutico, oportunizando uma melhor qualidade de vida ao usuário e seus familiares/cuidadores.

REFERÊNCIAS

- [1] ARAÚJO, C. Conhecimento e práticas relacionadas as neoplasias malignas pediátricas mais frequentes: Avaliando os estudantes de uma faculdade de Medicina de Pernambuco. *Pediatria Moderna*, f. 12, v. 48, n. 12, 2008. Dissertação (mestrado em saúde materno-infantil) - Instituto materno infantil Professor Fernando Figueira, Pernambuco.
- [2] BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 50/2015. Diretrizes para oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. 2015.
- [3] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- [4] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual Técnico 2018 - Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS. Brasília, 2018. 39 p.
- [5] BRITES, LIARA; ROCHA, CRISTIANNE. Massive Open Online Courses (MOOCS): perfil dos cursos no campo da saúde. *Revista Novas Tecnologias na Educação*, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 1-10, jul. 2017.
- [6] CYRINO EG, TORALLES-PEREIRA ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2004 Jun 20(3): 780-788. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300015&lng=en.
- [7] DA SILVA ABBAD, G. Educação a distância: o estado da arte e o futuro necessário. *Revista do Serviço Público*, v. 58, n. 3, p. 351-374, 2014.
- [8] FIGUEIREDO, AM; GUEDES, TAL; MATOS, TA; VALETIM, RAM; ARAÚJO, BG; NETO, CLBG. Curso autoinstrucional em telessaúde: uma visão geral. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*, v. 5, n. 4, 2015.
- [9] MARCHI, J. A. et al. Câncer infantojuvenil: perfil de óbitos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 14, n. 5, p. 911-919, 2013.
- [10] MCCUTCHEON LRM, ALZGHARI SK, LEE YR, LONG WG, MARQUEZ R. Interprofessional education and distance education: a review and appraisal of the current literature. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning* [Internet]. 2017 Jul; 9(4): 729-736. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187712971630154X>
- [11] OLIVEIRA, DG; CARVALHO, J, MOURA, T. Política Estadual de Telessaúde de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Recife, UPE, 2018.
- [12] OLIVEIRA, DG; FRIAS, PG; VANDERLEI, LCM; VIDAL, SA; NOVAES, MA; SOUZA, WV. Análise da Implantação do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: estudo de casos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31 (11): 2379-2389, nov, 2015.
- [13] SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO SES, PE, 2019. <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-gestao-estrategica-e-participativa/curso-online-aborda-cancer>
- [14] SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, SES, PE. Manual do Curso Fique Atento: Pode ser Câncer! [internet]. Recife; 2019. <https://telessaude.pe.gov.br/ead/course/view.php?id=3>

Capítulo 2

Perfil de crianças e adolescentes com Câncer diagnosticadas através do projeto fique atento: Pode ser Câncer na cidade do Recife – PE

Anna Maria de Oliveira Isaac

Helana Maria Ferreira Renesto

Jocasta Bispo de Santana

Resumo: O câncer infantojuvenil é considerado raro quando comparado ao câncer do adulto. Compreende um grupo heterogêneo de patologias que atingem as faixas etárias de 0 a 19 anos e já é considerada a segunda causa de morte entre crianças e adolescentes, quando comparada aos óbitos por acidentes e violência. O estudo teve como objetivo identificar o perfil de crianças e adolescentes com câncer diagnosticados através do “Projeto Fique Atento: pode ser câncer!” em serviço de referência na cidade do Recife-PE, entre 2015 e 2018. Dentre os 135 casos de prontuários investigados, 29 foram diagnosticados com câncer. Os casos no gênero masculino corresponderam a 72% e na faixa etária de 10-14 anos a 34%. A maior incidência de encaminhamentos ocorreu no ano de 2016 com 34% e o Distrito Sanitário IV foi responsável pelo maior número de casos com 25%. A queixa principal foi a dor, com 38%, e um tempo médio entre 2-3 meses com 36%, sendo 94% o médico o profissional responsável pelo encaminhamento com base nos sinais e sintomas. O tipo de câncer com maior destaque foi à leucemia com 24%. A extensão da doença com maior prevalência foi a localizada, com 72%. Em 51% foi utilizada a quimioterapia como tratamento e o desfecho final, cura/acompanhamento ambulatorial foram evidenciados em 51%. Diante do contexto, foi possível elucidar através dos dados investigados, o perfil das crianças e adolescentes que receberam o diagnóstico de câncer após as capacitações do projeto na atenção primária à saúde.

Palavras-Chave: Neoplasias; Sinais e sintomas; Diagnóstico Precoce.

1. INTRODUÇÃO

O câncer infantojuvenil é considerado um evento raro se comparado ao câncer do adulto, correspondendo a cerca de 1% a 3% do total de casos. Compreende um grupo heterogêneo de patologias que atingem as faixas etárias de zero a 19 anos, e já é considerado a segunda causa de morte entre crianças e adolescentes, perdendo apenas para os óbitos por acidentes e violência (REZENDE, 2015).

O câncer na criança e no adolescente tem características diferentes do câncer no adulto. Sua origem está relacionada a fatores geneticamente herdados ou mutações genéticas, logo, a exposição a fatores carcinogênicos ambientais, como exposição ao sol, tabagismo, ou mesmo hábitos de vida inadequados não interferem com sua origem. O câncer infanto-juvenil geralmente é mais invasivo, apresenta um período de latência menor e maior velocidade de crescimento (HADAS; GAETE; PIANOVSKI, 2014).

O diagnóstico precoce do câncer e a continuidade do tratamento adequado têm sido considerados o padrão ouro para cura de crianças e adolescentes. No entanto, os sinais e sintomas sugestivos de câncer podem ser inespecíficos e se confundem com outras doenças na faixa etária pediátrica (FIGUEIREDO et al, 2015).

Ao considerar essa janela de oportunidade, o Projeto Fique Atento: pode ser câncer, busca a integração entre a atenção básica, porta de entrada da criança no Sistema Único de Saúde (SUS), e o serviço especializado em oncologia, com foco na qualificação dos profissionais da equipe (médicos, enfermeiros e equipe de enfermagem, equipe de saúde bucal e agentes comunitário de saúde), utilizando a telessaúde como ferramenta para sensibilizar e capacitar, podendo assim construir um sólido fluxo para investigação dos sinais de suspeição identificados, reduzindo o tempo entre o primeiro sintoma e a avaliação médica especializada, contribuindo para o diagnóstico precoce, tratamento, cura e reintegração das crianças e suas famílias (BARROS et al., 2017).

A capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) para suspeição precoce de sinais e sintomas do câncer infantil é de extrema importância, considerando a atividade primordial que seria a vigilância do crescimento e desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes. Por valorizar a participação no cuidado infantojuvenil é que o Projeto Fique Atento: pode ser câncer, vem gradualmente capacitando os profissionais da Prefeitura da Cidade do Recife, Pernambuco (PE), desde 2015.

Não obstante, o estudo justifica-se pela necessidade de identificar o perfil social e clínico das crianças e adolescentes encaminhadas e diagnosticadas através do Projeto de. Além de traçar e elencar os profissionais e distritos sanitários de saúde do Recife responsáveis pelo encaminhamento, sinais e sintomas de alerta, tempo médio da queixa ao diagnóstico e duração da chegada ao serviço e ao início de tratamento.

2. METODOLOGIA

Estudo quantitativo do tipo transversal e documental de natureza descritiva, e de caráter retrospectivo realizado no Centro de Oncoematologia Pediátrica (CEONHPE) do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco (HUOC/UPE). A amostra foi dos 135 prontuários de casos investigados no período setembro de 2015 a setembro de 2018, deste total, 29 foram diagnosticados como cânceres, nenhum prontuário foi excluído. Porém, em relação a variável do tempo médio de duração da queixa principal, foram analisados apenas 25 prontuários e, quanto ao profissional do encaminhamento apenas 19 prontuários, devido à inconsistência dos dados não foi possível realizar análise nos demais.

A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro a maio de 2019, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Complexo Hospitalar/UPE com CAAE: 06177418.8.0000.5640 e parecer nº3.189.416. O instrumento para coleta de dados foi composto por um *check-list* confeccionado pelos pesquisadores, com base na Ficha de Cadastro de Tumor e Câncer Hematológico Pediátrico do Registro Hospitalar de Câncer, bem como dados sociais e da história do encaminhamento. Os resultados foram tabulados e apresentados através de dados estatísticos simples e de frequência absoluta e relativa em forma de tabelas e analisados descritivamente com embasamento teórico-científico.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados sócios demográficos dos prontuários da amostra do estudo, mostrou uma prevalência de 72% do gênero masculino e faixa etária entre 10-14 anos, totalizando 34% dos casos. Quanto ao encaminhamento dos pacientes, nos anos de 2015 a 2018, através dos Distritos Sanitários do Recife, foi identificado

incidência no DS IV de 25% e no ano de 2016 de 34%. A tabela 1 abaixo apresenta os dados quanto à queixa principal, tempo médio de duração e profissional responsável pelo encaminhamento:

Tabela 1 – Distribuição dos dados clínicos dos casos de câncer infanto-juvenil quanto à queixa principal, tempo médio de duração da queixa e profissional do encaminhamento, Recife-PE, 2019.

Variáveis	F	%
Queixa principal		
Dor	14	38,89%
Leucocoria	02	5,56%
Desvio ocular, estrabismo	02	5,56%
Cefaléia/ Vômito	10	27,78%
Febre	01	2,78%
Sangramento	02	5,56%
Linfoadenomegalia	01	2,78%
Inchaço/edema no membro	02	5,56%
Alterações de hemograma (anemia, hiperleucocitose, pancitopenia)	01	2,78%
Obstrução nasal	01	2,78%
Admissão em urgência /emergência oncológica	0	0,00%
Total	36	100%
Tempo médio de duração da queixa principal		
< 15 dias	05	20,00%
de 15 dias a 01 mês	06	24,00%
2 -3 meses	09	36,00%
4 - 6 meses	02	8,00%
< 12 meses	03	12,00%
Total	25	100%
<i>Não identificado</i>	04	
Profissional do encaminhamento		
Médico	18	94,74%
Enfermeiro	0	0%
Dentista	0	0%
UPA	01	5,26%
Total	19	100%
<i>Não identificado serviço de encaminhamento</i>	10	

Na tabela 2 os sinais e sintomas da queixa principal de cada paciente, se apresentam de uma forma bem variável, podendo se apresentar com mais de um sinal ou sintoma. A dor destaca-se por sua frequência de 38% seguido pela cefaleia/vômito com 27%.

Dor oncológica é considerada uma forma de defesa frente às situações desagradáveis que surgem. O organismo cria uma ferramenta para se defender e trabalha para expulsar o estímulo que provoca a dor, esse processo acontece quando um tecido sofre algum tipo de lesão. É necessário sempre avaliar a dor de forma individualizada e subjetiva, visto que, cada paciente possui suas particularidades e seus limites (SAMPAIO; COSTA, 2017).

Foi constatado que o tempo médio de início da queixa principal até a chegada ao centro de referência oncológica é entre dois a três meses, com 36% dos casos, e o médico é profissional responsável pela maioria dos encaminhamentos com 94%.O Projeto Observatório do Estado do Rio de Janeiro articula-se com cinco Centros de Oncohematologia Pediátrica para investigação e diagnóstico do câncer infantojuvenil. Segundo estudo realizado pelo Projeto é possível qualificar um sistema de encaminhamento e investigação para reduzir o tempo de chegada ao centro de referência oncológica em 72 horas (DESIDERATA, 2018).

É considerado de extrema importância o tempo de suspeição ao diagnóstico do câncer infantil, e para isso, existem vários projetos no Brasil que tem como objetivo a capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, uma vez que os mesmos estão na porta de entrada do SUS e conseguem ter o primeiro contato com a criança ou adolescente (VICENTE et al., 2017).

Tabela 2 – Distribuição da amostra dos dados clínicos dos pacientes quanto ao diagnóstico da doença, Recife-PE, 2019.

Variável Tipos de câncer	F	%
Leucemia	07	24,14%
Linfomas e neoplasias reticuloendoteliais	04	13,79%
Neoplasias do SNC e neoplasias intracraniais e intraespinhais mistas	05	17,24%
Retinoblastoma	03	10,34%
Tumores hepáticos	01	3,45%
Tumores ósseos malignos	03	10,34%
Sarcomas de partes moles	02	6,90%
Neoplasias de células germinativas, trofoblásticas e gonadais	01	3,45%
Carcinomas e outras neoplasias intraepiteliais malignas	02	6,90%
Outras neoplasias inespecíficas	01	3,45%
Total	29	100%

Na tabela 2 foi possível avaliar os tipos de tumores em crianças e adolescentes com maior predominância. Observou-se que a leucemia é o tipo de câncer mais frequente com 24%, seguida pelos tumores do sistema nervoso central e neoplasias intracraniais e intraespinhais mistas com 17% e em terceiro lugar os linfomas e neoplasias reticuloendoteliais com 13% dos casos.

Nos Estados Unidos, as classificações dos tipos de câncer com maiores predominâncias foram às leucemias, seguidas de tumor no Sistema Nervoso Central (SNC) e linfomas. Em pesquisa no Brasil, a leucemia também se apresenta com maior incidência (MUTTI et al., 2018), sendo o câncer com maior número de internações entre jovens menores de 19 anos, seguido por linfomas e tumores do SNC (SILVA, 2018).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a leucemia é uma neoplasia hematológica dos glóbulos brancos (leucócitos). Como na infância os tumores se assemelham com outras patologias, a leucemia se torna difícil de ser diagnosticada. Porém, 80% das crianças e adolescentes apresentam chances de cura (BOAVENTURA; TREVISAM, 2016).

Tabela 3 – Distribuição da amostra quanto à extensão da doença, tipo de tratamento e desfecho da doença, Recife, 2019.

Variáveis	F	%
Extensão da doença		
Doença localizada	21	72,41%
Doença avançada	01	3,45%
Doença metastática	07	24,14%
Total	29	100%
Tipo de tratamento		
Quimioterapia	14	51,85%
Quimioterapia/Radioterapia	01	3,70%
Cirurgia	03	11,11%
Cirurgia/Quimioterapia	07	25,93%
Quimioterapia/Radioterapia/Cirurgia	02	7,41%
Total	27	100%
Não iniciou o tratamento	02	
Desfecho da doença		
Alta/Acompanhamento ambulatorial	19	58,72%
Tratamento	06	20,69%
Abandono de tratamento	00	0,00%
Diagnóstico/Transferência	03	10,34%
Óbito	03	10,34%
Total	29	100%

Em relação à avaliação da extensão que o câncer se apresenta, a de forma localizada, aquele que é restrito a um órgão ou tecido, teve maior predominância com sua incidência de 72%, seguida pelo câncer em sua forma metastática, quando apresenta infiltração das células neoplásicas para outros órgãos ou tecidos.

Na tabela 3 a relação quanto ao tipo de tratamento mais utilizado, a quimioterapia de forma exclusiva obteve uma incidência de 51%, porém, também esteve associada a alternativas de tratamento, como a forma combinada, com a radioterapia e a cirurgia. Do total da amostra, apenas 02 pacientes obtiveram o diagnóstico de câncer, porém não iniciaram o tratamento no centro especializado onde a pesquisa ocorreu.

O câncer possui várias formas de tratamento, isso inclui a quimioterapia, radioterapia e cirurgia. A cirurgia tem se tornando, em vários casos, a escolha inicial de tratamento por obter uma boa resposta. Porém, a quimioterapia lidera com a forma mais utilizada para tratamento (LOPES, 2016).

A quimioterapia dispõe de protocolo para início de tratamento, o mesmo é estabelecido a partir do tipo de tumor, localização e extensão em que se encontra, além da idade e condições clínicas gerais que o paciente apresenta. Promove uma série de modificações na vida de quem recebe tratamento, com variados efeitos colaterais, tais como: apatia, perda de peso, perda de apetite, náuseas, vômitos, diarreia, hematomas, entre outros. Os sentimentos que dominam a grande parte dos pacientes são depressão e ansiedade (CICOGNA, NASCIMENTO, LIMA, 2010).

Considerando todos os tratamentos realizados para a cura do câncer, muitos são os transtornos ocorridos na vida da criança, ocasionando sofrimento também aos familiares, considerando que os efeitos adversos são injuriosos e muitas vezes agressivos, começando pela queda de cabelo, emagrecimento, inapetência, até os sucessivos enjoos (ANJOS, 2015).

Em relação ao desfecho da doença, a alta com acompanhamento ambulatorial prevaleceu com 58% em seguida o pós o tratamento com 20%. Foi observado que nenhum paciente abandonou o tratamento, porém, 10% deles foram atendidos e receberam o diagnóstico de câncer, entretanto, logo em seguida solicitaram transferência para outro centro de referência oncológica. Foram registrados óbitos de pacientes no decorrer do tratamento, o que correspondeu a 10%.

4. CONCLUSÕES

Foi possível identificar que o projeto em pauta apresenta a incidência dos casos de câncer relatados em um serviço de referência oncológica na cidade do Recife, esta fotografia se torna a mola propulsora para o conhecimento, visto que ampliar dados tão significativos como estes, auxiliam a gestão a pulverizar o programa e oportunizar profissionais para atuar de forma mais focada no câncer, ainda muito prevalente nesta faixa etária do estudo. Desta forma, dar continuidade a uma ação que beneficie uma população que é o futuro do país é muito valioso, no sentido de facilitar a trajetória terapêutica e ofertar uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- [1] ANJOS, C.; SANTO, F.H.E.; CARVALHO, E.M.M.S. O câncer infantil no âmbito familiar. Revisão sistemática ou integrativa. *Rev. Min Enferm*; v. 19, n. 1, p. 227-233, jan/mar, 2015.
- [2] BARROS, M. B. S. C., et al. (2018). A telessaúde como ferramenta na educação continuada para o diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil. *Revista Brasileira De Inovação Tecnológica Em Saúde-v. 7, n. 4, p. 2236-1103, 2018.* Disponível em: <<https://doi.org/10.18816/r-bits.v7i4.12429>>.
- [3] CICOGNA, E. C.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com câncer: experiências com a quimioterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 5. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_05.pdf.
- [4] FIGUEIREDO, G.P.Z., et al. Perfil epidemiológico dos casos novos de câncer infanto-juvenil em hospital de referência no Espírito Santo, Brasil, de 1986 a 2010. *Rev. Bras. Pesq. Saúde.Vitória*, v. 17, n. 4, p. 109-120, out-dez, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/14337>>.
- [5] HADAS, T.C.; GAETE, A.E.G.; PIANOVSKI, M.A.D. Câncer Pediátrico: Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no serviço de referência de oncologia pediátrica do hospital das clínicas da UFPR. *Revista Médica da UFPR*. v. 1, n. 4, p. 141-149, out. nov. dez. 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/view/40690>>.

- [6] OPES, G. C. A compreensão da doença, do tratamento quimioterápico e as formas de enfrentamento de crianças com câncer. Botucatu, 2016. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/144998>>.
- [7] MUTTI, C.F et al. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes com câncer em um serviço de oncologia. Revista Brasileira de Cancerologia. V 64, n. 2, p. 293-300. 2018.
- [8] Revista Instituto Ronald McDonald. O diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil e a atenção básica. 2018.
- [9] REZENDE, F. R. Câncer infantil no centro-oeste do Brasil: tendência de incidência, mortalidade e sobrevida. 2015. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/8556>>
- [10] SAMPAIO, J.F; COSTA, M.F. Métodos para o tratamento da dor em crianças com câncer. Revista discente da UNIABEU. Vol. 5 N. 10. Jul-Dez 2017.

Capítulo 3

Aplicativo móvel para detectar o Câncer infantojuvenil: Estudo metodológico

Heloíza Gabrielly de Oliveira Cavalcanti

Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros

Magaly Bushatsky

Chardsongeicyca Maria Correia da Silva Melo

Antônio Jorge Ferreira Delgado Filho

Kátia Carola Santos Silva

Chardsonclesia Maria Correia da Silva Melo

Resumo: Introdução: A Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) surge com intuito de facilitar, auxiliar e informar as pessoas no seu cotidiano em diversos aspectos. No âmbito da enfermagem, pode-se utilizar a TIC tanto na área assistencial como educacional. Objetivo: Descrever o desenvolvimento de um aplicativo móvel direcionado suspeição das neoplasias infantojuvenis para os enfermeiros da atenção primária. Métodos: Trata-se de um estudo metodológico, contendo processo de desenvolvimento de um aplicativo para tecnologia móvel. Resultados: O aplicativo “Fique Atento Pode ser Câncer” foi construído com êxito, disponível gratuitamente na PlayStore com capacidade de armazenamento de 39 Megabytes (MG) para sistema operacional android. Conclusão: Conclui-se que as tecnologias móveis como implementação da TIC (Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde) no âmbito da saúde, é um recurso promissor de fácil acesso e manuseio para os profissionais da atenção primária, tendo em vista a sua aplicabilidade efetiva no auxílio da detecção das neoplasias infantis.

Palavras-Chave: Enfermagem Primária; Neoplasias; Tecnologia.

1. INTRODUÇÃO

Com os efeitos da globalização, vem surgindo várias transformações e avanços tecnológicos, dentre elas podemos citar a Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC), com intuito de facilitar, auxiliar e informar as pessoas no seu cotidiano em diversos aspectos, também utilizado como ferramenta no processo ensino-aprendizagem (SABINO, 2016).

Atualmente, estas mudanças vêm ocorrendo no âmbito da enfermagem, em que se pode utilizar as TIC tanto na área assistencial como educacional (SABINO, 2016). De forma imprescindível para melhoria da qualidade dos serviços de saúde e segurança no poder decisório dos cuidados na assistência, mas não suficientes pois, na prática é necessário ter um conhecimento prévio e base teórica fundamentada (PRZEYBILOVICZ, 2018).

Com essa evolução, no momento atual do Brasil, as crianças e adolescentes acometidos pelo câncer podem ser curados em torno de 80%, caso sejam diagnosticados e tratados precocemente em centros especializados (BRASIL, 2019). Dessa maneira, vale salientar que, a Atenção Primária à Saúde (APS) por ser a principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde, é preferencial para realizar a detecção prévia devido ao poder resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades de saúde da população (GALAVOTE, 2016).

A atuação do enfermeiro na APS é fundamental, pois tem como principais atribuições: examinar e avaliar sinais e sintomas relacionados à neoplasia, solicitar e avaliar exames de acordo com os protocolos locais, por meio da consulta de enfermagem; encaminhar e acompanhar nos serviços de referência para diagnóstico e/ou tratamento; fazer busca ativa dos pacientes afastados, realizar e participar das atividades de educação permanente, entre outros (DE SOUZA TEIXEIRA, 2017).

Diante do exposto, com o impacto e implementação do uso da tecnologia no âmbito da saúde, como forma de contribuir, somar esforços para a detecção do câncer, fortalecer as práticas de enfermagem e disseminar informações. Este estudo objetiva descrever o desenvolvimento de um aplicativo móvel direcionado as neoplasias infantojuvenis para os enfermeiros da atenção primária.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, no que se refere há uma produção tecnológica, caracterizada por conter processo de desenvolvimento de um aplicativo para tecnologia móvel sobre neoplasias infantojuvenis.

A construção do aplicativo ocorreu no período de janeiro a março de 2019, em parceria com um desenvolvedor de sistemas e profissionais de enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (CAV- UFPE).

O aplicativo tem como público-alvo os enfermeiros especializados em oncologia pediátrica, com intuito de suporte para a detecção precoce das neoplasias na faixa etária de 1 meses a 16 anos. Entretanto, pode ser manuseado por outras pessoas sem ser da área de saúde por conter linguagem objetiva, clara e direta.

A ideia inicial da pesquisa foi concebida pela escassez de aplicativos abordando o tema oncologia pediátrica na área de saúde para os profissionais de enfermagem, também considerando o cenário atual dos cuidados e a importância da detecção precoce da doença.

Para o desenvolvimento do aplicativo foi necessário organizar em etapas, resultando em: 1- Planejamento inicial; 2- Elaboração do protótipo e 3- Construção da ferramenta móvel. Em todas as etapas foram utilizados os métodos previstos no HCD Toolkit (Human-Centered Design), popularmente conhecido como o “Design Centrado no Humano”, visando as necessidades e os valores das pessoas mais afetadas, a partir da compreensão, ideação e implementação para construção de projetos tecnológicos (VECHAKUL, 2015).

A pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAEE nº 02226818.1.0000.5192.

3. RESULTADOS

Na etapa do planejamento inicial, reuniu-se o desenvolvedor de sistemas e as pesquisadoras em enfermagem para selecionar os conteúdos a serem disponibilizados, as ferramentas e o modo como serão

exibidos no aplicativo. Definindo como embasamento teóricos, os conteúdos do Ministério da Saúde: Protocolo de Diagnóstico Precoce do Câncer Pediátrico e Diagnóstico Precoce do Câncer na Criança e no Adolescente em forma de fluxograma.

A posteriori, como forma de expor através de imagens o objetivo primordial do aplicativo, realizou-se o logotipo, nomeado pelos autores como “Fique Atento, pode ser câncer”, em menção a um projeto realizado pelo Grupo de Apoio a Crianças Carentes com Câncer de Pernambuco.

A elaboração do protótipo foi uma etapa bastante importante, pois realizou-se um esboço gráfico de projeção de telas e fluxos por meio da prototipação manual, obtendo aproximadamente 50 telas. A fim de proporcionar uma modelagem inicial do aplicativo, que poderia sofrer modificações durante e após o desenvolvimento da aplicação (Figura 01).

Figura 01 - Protótipos das telas do aplicativo “Fique Atento Pode ser Câncer”, Recife, Pernambuco, Brasil, 2020.



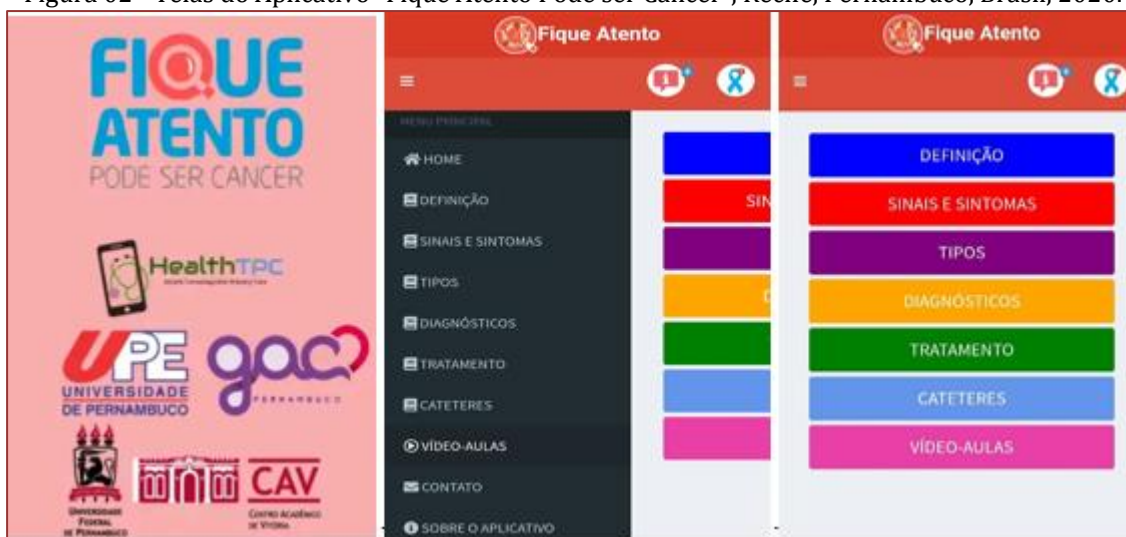
Logo após a prototipação, foi escolhido o método para a implementação da interface da aplicação, o Template Admin LTE, de forma responsiva e gratuita, disponibilizado no site: <https://almsaeedstudio.com>, por possuir uma gama extensa de temas customizáveis (SOARES, 2016). Além de possuir recursos leve, rápido e compatível com outros navegadores (LTE, 2019).

A construção da ferramenta móvel, ocorreu pela utilização de *frameworks* abertos e sem custo adicional para o desenvolvimento, permitindo a construção de aplicativos móveis utilizando as linguagens de programação HTML 5 (*HyperText Markup Language*) e CSS3 (*Cascading Style Sheets*) e JavaScript.

Visando a compatibilidade do software com diferentes plataformas de execução, interação e sincronização com o *template*, funcionamento *offline* e códigos abertos, foram escolhidos e utilizados os *frameworks* Apache Cordova 7.0.1 e Angular na versão 4.0 para o desenvolvimento do aplicativo (GRIFFIT, 2017; CASTRO, 2017).

Na perspectiva de propiciar aos usuários satisfação alicerçado na utilização da ferramenta, foi escolhido o Extreme Programming (XP) para ser o método de engenharia de software, por oportunizar um *feedback* constante para que alterações rápidas de estruturas possam ser executadas antes de avançar para próximas etapas, criar sistemas de boa qualidade e ágil (TELES, 2017).

Figura 02 - Telas do Aplicativo “Fique Atento Pode ser Câncer”, Recife, Pernambuco, Brasil, 2020.



O aplicativo "Fique Atento Pode ser Câncer" pode ser usado em qualquer momento e horário, de maneira prática e objetiva, acessando quantas vezes lhe der vontade. Com finalidade em esclarecer dúvidas e facilitar o acesso às informações sobre o conceito de câncer, especificidades dos cânceres infantis, sinais e sintomas do câncer, as condutas e os exames que o profissional de saúde precisa saber, os tipos de diagnósticos e tratamento a ser realizado em cada quadro clínico.

Além de cuidados necessários com toxicidades, informações sobre cateteres mais utilizados em paciente com câncer contendo suas vantagens e desvantagens, vídeo aulas abordando o tema, ilustrações explicativas, folders e painel de notificações sobre cursos em oncologia disponíveis em diversas plataformas, entre outros.

O aplicativo possui capacidade de armazenamento de 39 Megabytes, submetido a publicação na Google PlayStore para os smartphones que possui o sistema operacional Android, disponível gratuitamente e com acesso *offline* no link <http://bit.ly/2rLo1SW>.

4. DISCUSSÃO

Com o crescimento e evolução do conhecimento tecnocientífico, vem fortalecendo o elo entre comunicação, ciência e sociedade. Refletindo na integração das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na área do ensino-aprendizagem, como suporte para os serviços de cuidados e disseminação dos conhecimentos (VITOR CASTILHO, 2019).

As tecnologias envolvidas na saúde se classificam em: leve – aplicadas nas relações de cuidado (vínculo, gestão, acolhimento); leve-dura – são tecnologias estruturadas no conhecimento (teorias, modelo de cuidados e cuidados de enfermagem); dura – refere aos equipamentos tecnológicos, normas e utilização dos instrumentos (SABINO, 2016).

Na assistência da atenção primária, a tecnologia que mais se destaca na enfermagem são as tecnologias leve-dura, que possibilita uma gama de ações e modo de trabalho ampliado pelos saberes estruturados na utilização de aplicativos móveis, materiais educativos, entre outros (SABINO, 2016).

A utilização das tecnologias móveis no âmbito da saúde possibilita a interação, acesso às informações, racionalizar e utilizar a gestão do tempo. Permitindo aos estudantes e profissionais de enfermagem uma participação mais efetiva, autônoma e ativa para o exercício de suas atividades.

Segundo Santos (2017), para obtenção de sucesso e implementação da tecnologia, é preciso de um bom planejamento, interface, e da adesão dos conteúdos fundamentados, ademais, conhecer o usuário e ser centrado no utilizador a que se destina.

O aplicativo “Fique Atento Pode ser Câncer” é uma inovação tecnológica por ser a primeira ferramenta móvel brasileira voltada para a área de enfermagem, trazendo benefícios para os enfermeiros na detecção prévia do câncer infantojuvenil, abrangendo o tema de forma completa e informações complementares necessárias para uma assistência qualificada e eficiente.

Nessa perspectiva, poderá alcançar índice reduzido de casos de câncer infantojuvenil devido ao diagnóstico precoce, diminuindo também as consequências de um tratamento tardio, consequentemente, prognóstico satisfatório e aumenta na taxa de cura.

O estudo tem como principal limitação, o aplicativo está disponível apenas para os sistemas operacionais android. Embora, visa como projeto futuro, disponibilizar a ferramenta para outros sistemas operacionais como a Apple e Windows Phone.

Felizmente, este estudo foi apoiado financeiramente pelo CNPq, que concedeu recursos para a pesquisa.

5. CONCLUSÃO

O uso do “Fique Atento Pode ser Câncer” pelo enfermeiro poderá ampliar a resolutividade do serviço de saúde, aprimorar seu conhecimento científico, auxiliar durante a consulta de enfermagem na prevenção, detecção e controle de complicações do câncer infantojuvenil.

Acredita-se que o aplicativo possa atender às necessidades dos enfermeiros na atenção primária e melhorar a assistência de enfermagem. Destaca, ainda, a importância da incorporação de tecnologias em informação e comunicação na saúde por ser um recurso promissor de fácil acesso e manuseio.

Contudo, o desenvolvimento do aplicativo foi realizado com sucesso por se tratar de uma tecnologia efetiva no reconhecimento prévio das neoplasias infantojuvenis, contemplando a primeira fase do projeto, onde as próximas etapas serão realizadas com o propósito de avaliar a usabilidade e aplicabilidade do produto criado.

Espera-se com essa pesquisa despertar o interesse dos pesquisadores em enfermagem para o desenvolvimento de novas tecnologias alinhando o conhecimento teórico-prático de enfermagem e buscando a melhoria da qualidade da assistência no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA), 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>>. Acessado no dia 04 de abril de 2020.
- [2] CASTRO, Talysson de. Desenvolvimento de um portal de egressos. 2017.
- [3] DE SOUZA TEIXEIRA, Michele et al. Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 1, p. 1-7, 2017.
- [4] GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016.
- [5] GRIFFITH, Chris. *Mobile App Development with Ionic, Revised Edition: Cross-Platform Apps with Ionic, Angular, and Cordova*. " O'Reilly Media, Inc.", 2017.
- [6] PRZEYBILOVICZ, Erico; CUNHA, Maria Alexandra; MEIRELLES, Fernando de Souza. O uso da tecnologia da informação e comunicação para caracterizar os municípios: quem são e o que precisam para desenvolver ações de governo eletrônico e smart city. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 4, p. 630-649, Aug. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122018000400630&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7612170582>.
- [7] SABINO, L. M. M. de et al. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem : análise de conceito. *Aquichan, Palavra Clave, Chía*, v. 16, n. 2, p. 230-239, jun. 2016.
- [8] SANTOS, Alaneir de Fátima dos et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00172815, 2017.
- [9] SOARES, Edvan et al. Sistema Web para Mapeamento de Dados de Crimes Letais no Estado de Pernambuco. *GESTÃO. Org: Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*, v. 14, 2016.
- [10] TELES, Vinícius Manhães. *Extreme Programming: Aprenda como encantar seus usuários desenvolvendo software com agilidade e alta qualidade*. Novatec Editora, 2017. *Template Admin LTE*, 2019. Disponível em: <<http://adminlte.io/>>

[11] VECHAKUL, Jessica; SHRIMALI, Bina Patel; SANDHU, Jaspal S. Human-centered design as an approach for place-based innovation in public health: a case study from Oakland, California. *Maternal and child health journal*, v. 19, n. 12, p. 2552-2559, 2015.

[12] VITON CASTILLO, Adrián Alejandro et al. Uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la carrera de Enfermería. *Rev Ciencias Médicas, Pinar del Río*, v. 23, n. 3, p. 446-453, jun. 2019. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000300446&lng=es&nrm=iso>. accedido en 04 dic. 2019.

Capítulo 4

Câncer infantojuvenil: O itinerário terapêutico e as interfaces da saúde pública

Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros

Magaly Bushatsky

Arli Diniz Oliveira Melo Pedrosa

Vera Lúcia Lins de Moraes

Jocasta Bispo de Santana

Luísa Victória Peres Torres

Solange Laurentino dos Santos

Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Resumo: Objetivo: Compreender, a partir do itinerário terapêutico de crianças e adolescentes diagnosticados com tumores sólidos, as interfaces da assistência pública em saúde no estado de Pernambuco, Brasil. Método: Estudo interpretativo cuja população foi composta por acompanhantes de pacientes entre 0 a 19 anos diagnosticados com tumores sólidos em duas unidades de referência em Recife, Pernambuco, Brasil. Realizou-se uma pesquisa qualitativa com base na Análise de Conteúdo de Bardin. Resultados e Discussão: Trinta e três entrevistas possibilitaram observar um distanciamento entre os serviços públicos de saúde e o diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil, seja pela não sensibilidade dos profissionais por esta hipótese diagnóstica, seja pela frágil rede de apoio diagnóstico e logístico. Conclusão: Ressalta-se a importância do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde, na qualificação do acolhimento e seguimento dos usuários com sinais de alerta para esta neoplasia.

Palavras-Chave: Assistência à Saúde; Neoplasias; Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Análise qualitativa.

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do câncer nas duas primeiras décadas de vida varia significativamente em função da idade, mais do que em qualquer faixa etária comparável, e está intensamente ligado a fatores genéticos ou mutações adquiridas de causa incerta (BRASIL, 2017; KLIEGMAN, et. al., 2009; BRASIL, 2011). Embora vários estudos indiquem a existência de potenciais fatores de risco por exposição intrauterina da criança, não existem evidências científicas que deixem clara a associação entre as neoplasias infantis e os fatores ambientais (BRASIL, 2017).

Logo, a prevenção do câncer infantil ainda é um desafio, e a ênfase atual na abordagem a essa neoplasia volta-se para seu diagnóstico precoce e encaminhamento oportuno para que seja possível, com os tratamentos hoje oferecidos, atingir a cura em quase 70-80% dos casos (BRASIL, 2017; SANTINI, 2012; INCA, 2018).

Para o triênio 2020-2022, estima-se, aproximadamente, 4.310 casos novos no sexo masculino, e de 4.150 para o sexo feminino de câncer infantojuvenil no Brasil (BRASIL, 2019).

Estes cânceres infantojuvenis podem ser apresentados por tumores hematológicos, como as leucemias e os linfomas, e os tumores sólidos, como os do sistema nervoso central, tumores abdominais, tumores ósseos e os tumores de partes moles como rabdomiossarcomas, sarcomas sinoviais, fibrossarcomas, entre outros (BRASIL, 2017).

Os tumores do sistema nervoso central são o tipo mais comum de tumor sólido em crianças, e o segundo mais comum em malignidade de infância, sendo a presença de massa abdominal palpável uma das principais formas de apresentação clínica dos tumores sólidos em crianças (BRASIL, 2011; KLINE; SEVIER, 2003. NCI, 2018).

O diagnóstico dos tumores sólidos é frequentemente retardado devido à falha no reconhecimento dos sinais e sintomas de apresentação, pois são variáveis e inespecíficos, comuns a outras doenças benignas mais frequentes na infância, como vômitos, emagrecimento, adenomegalias generalizadas, dor óssea e palidez (BRASIL, 2017; BRASIL, 2011).

Para reorganização do modelo de atenção à saúde e, conseqüentemente, evitar esse diagnóstico tardio, compete à atenção primária à saúde, principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a implementação de ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e sintomas suspeitos dos tipos de cânceres passíveis desta ação, e o seguimento dessas crianças e adolescentes com resultados alterados de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, visto que, das crianças com atraso no diagnóstico de câncer, 30% já tinha sido examinada com queixas sugestivas de neoplasia nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2008).

A responsabilidade pelo atraso também pode ser da desinformação da família, do medo do diagnóstico de câncer, levando à negação dos sintomas, do desconhecimento dos médicos e do comportamento biológico da doença (KREUZ, 2009; INCA, 2018).

Em meio a um leque de opções de acesso aos serviços de saúde, ou a ausência deles, o usuário vê-se diante de um contexto de mudanças e desafios provocados pela consolidação do SUS, suas fragilidades e aprimoramentos. Neste sentido, faz-se necessário compreender, a partir do itinerário terapêutico de crianças e adolescentes diagnosticados com tumores sólidos, as interfaces da assistência pública em saúde no Estado de Pernambuco, Brasil.

2. MÉTODO

Com o objeto de análise centrado nos indivíduos, o presente estudo teve como foco o percurso de crianças e adolescentes e seus familiares diante de sinais clínicos de tumores sólidos, revelando, dessa forma, um estudo interpretativo de abordagem qualitativa.

As crianças e os jovens de 0 a 19 anos foram, particularmente, os de interesse nesse estudo, como também a Cidade do Recife, por abrigar os centros de referência na rede de assistência oncológica para o grupo infantojuvenil no estado de Pernambuco assim como para estados vizinhos.

A população do estudo foi composta por acompanhantes de pacientes do grupo infantojuvenil diagnosticados com tumores sólidos, em tratamento nas duas instituições de referências supracitadas no período de março de 2013 a fevereiro de 2014.

Os dados sócio-demográficos e os aspectos clínicos e assistenciais dos pacientes estão representados por tabelas elaboradas nos programas EpiInfo versão 7.2 e Microsoft Office Excel (2007).

Para a abordagem qualitativa, o estudo utilizou a técnica de análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin, por expor uma modalidade de apresentação que tem depoimentos como matéria prima, e optou pelo Itinerário Terapêutico (IT) por permitir a análise de Redes Sociais, com destaque às Redes para o Cuidado em saúde, que são tecidas e podem ser compreendidas pelas experiências, trajetórias e pelos próprios projetos individuais, formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades, circunscrito historicamente, tanto em termos da própria noção de indivíduo como dos temas, prioridades e paradigmas culturais existentes (PINHEIRO; MARTINS, 2009; ALVES; SOUZA, 1999).

O estudo foi primeiramente cadastrado na Plataforma Brasil e posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado sob CAAE: 07274513.8.3001.5201, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (BRASIL, 2012), assim como foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira.

Para os responsáveis pelos pacientes foram solicitadas assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Para garantir o anonimato, a ética, e o sigilo das informações coletadas, os nomes foram substituídos por nomes de gemas preciosas e semipreciosas, por apresentarem propriedades bem características aos sujeitos da pesquisa: a dureza, a resistência, o brilho, e a possível fragilidade em grandes impactos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo contou com a participação de 33 acompanhantes de crianças e adolescentes diagnosticados com tumores sólidos internados ou em atendimento ambulatorial.

Observou-se uma predominância do sexo masculino 20 (60,6%), na faixa etária do pré-escolar 10 (30,3%), e oriundos do estado de Pernambuco 29 (87,9%). A idade variou em 1 ano e 04 meses a 17 anos com uma média de 8,36 anos, moda igual a 5 e desvio padrão de 5,37 anos.

Pela variação do tipo de câncer em função da idade no período infantojuvenil, o profissional de saúde deve adaptar a suspeita diagnóstica com a história e o exame físico (INCA, 2018). As crianças na fase pré-escolar e no começo da fase escolar devem ser avaliadas para os tumores cerebrais. Já durante a adolescência, os tumores ósseos, a doença de Hodgkin e os tumores do tecido conjuntivo e das gônadas predominam, sendo o pico de incidência do osteossarcoma na segunda década de vida (BRASIL, 2011; LINK; GEBHARDT; MEYERS, 2002).

Seguindo para a dimensão clínica, o diagnóstico das crianças e adolescentes em estudo apresentou uma maior frequência dos tumores de SNC, 15 (45,5%), seguido pelo Osteossarcoma, 8 (24,2%) assim como o Retinoblastoma e Tumor de Wilms, cada um com 3 (9,1%).

CATEGORIA 1 - OS PRIMEIROS SINAIS E SINTOMAS

Consoante os diagnósticos, predominam os sinais e sintomas de cefaleia, pescoço lateralizado, náuseas, vômitos, tumoração em região cervical, crise convulsiva e padrão de sono alterado em 15 (45,5%) e dor e tumoração em membros em 8 (24,2%), conforme também os relatos:

"[...] tinha muita dor de cabeça e depois começou a vomitar." Diamante/SNC

"Começou com sintomas de dores de cabeça e essas dores de cabeça dele foram constantes, quase que diariamente" Amazonita/SNC

Entre os sintomas neurológicos, a dor de cabeça destaca-se como mais frequente sintoma relatado, ocorre porque o tumor do SNC frequentemente é indicativo do aumento da pressão intracraniana. As crianças menores de dois anos de idade podem apresentar sintomas vagos e inespecíficos e, por conseguinte, podem ser diagnosticadas tardiamente (KLINE; SEVIER, 2003; DOMMETT et. al, 2012).

Já em relação ao osteossarcoma, há, por parte dos entrevistados, uma concepção de causa associado a algum trauma ocorrido anteriormente ao diagnóstico:

“[...] aconteceu de um baque que ele levou, desse baque, gerou-se um caroço”
Indicolita/Osteossarcoma

Como estes tumores ocorrem, predominantemente, na segunda década de vida, um período com aumento da atividade física, os pacientes muitas vezes acreditam que a neoplasia resulta de traumatismos (BRASIL, 2011). Assim, atrasos no diagnóstico são especialmente prováveis no período de maior risco para o desenvolvimento de osteossarcoma, durante o estirão de crescimento da adolescência, sugerindo uma associação entre o crescimento ósseo rápido e transformação maligna (BRASIL, 2011).

Entretanto, muitas vezes um tumor infantojuvenil é descoberto ou sentido por um membro da família durante atividades de rotina conforme os relatos (KLINE; SEVIER, 2003):

“Percebi que ele tinha mais sono do que o normal... eu pensei que fosse por conta da idade, das transformações, mas não.” Espinélío/Tumor de Wilms

“Foi privando a urina, muita dor na barriga sem conseguir fazer xixi.”

Paraíba/Rabdomiossarcoma

A família deve observar os hábitos intestinais, o ato de urinar, o apetite da criança ou por queixas de dores que não tenham explicação nas outras afecções mais comuns, ao mesmo que estas se tornem persistentes após terapêuticas (FORTEZA, 2012).

CATEGORIA 2 - O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: A (RE)CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) A PARTIR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O processo de trabalho de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) frente ao câncer pediátrico é de fundamental importância por propiciar o diagnóstico e o início do tratamento oncológico, orientação ao usuário e à sua família, e por manter uma articulação permanente com os serviços especializados em oncologia (BRASIL, 2017).

Mesmo com uma cobertura de 31 (93,9%) dos entrevistados à ESF, apenas 12 (36,4%) tiveram como primeira escolha terapêutica esta estratégia que urge como a principal no ordenamento da Rede de Atenção à Saúde.

Observou-se uma evasão a este nível de atenção à saúde, muitas vezes por julgarem lenta e ineficiente a rede de encaminhamento do SUS, assim como o estigma de um serviço precarizado e o difícil acesso ao profissional médico.

A ausência do profissional médico foi fortemente relatada assim como o desagrado da consulta ser, dessa maneira, realizada pelo profissional enfermeiro, referido como um atendimento de cunho não resolutiva e reducionista:

“Eu tentei uma faixa de cinco ou seis vezes. Mas não conseguia médico, como até hoje não tem nenhum.” Rubelita/Osteossarcoma

“[...] eu não achava um médico no posto, quem cuida das crianças é uma enfermeira, e eu acho que enfermeira não é capacitada pra cuidar de uma criança, muitas vezes eu fui lá pra tirar dúvida e ela não sabia me responder”
Morganita/Osteossarcoma

Como atribuição comum a todos os profissionais da ESF na atenção infantojuvenil, a formação de vínculos e realização de uma escuta qualificada das necessidades desses usuários, identificando-os como uma população prioritária e buscando alcançar soluções para as dificuldades apresentadas, minimizaria longas trajetórias que levam os pais e responsáveis por este público a recorrerem à assistência médica várias vezes com a persistência das queixas ou agravamento dos sinais e sintomas, resultando em prognósticos desfavoráveis (BRASIL, 2017).

Recomenda-se para os pediatras e profissionais de Saúde da Família que, diante de um caso suspeito, sejam valorizadas as informações dos cuidadores, e disponibilizado a reavaliação na persistência do problema, assim como a interação com outros profissionais da ESF, professores e psicólogos, além de médicos de várias especialidades (NICE, 2005)

CATEGORIA 3 - OS DESAFIOS PARA A DESCOBERTA DO DIAGNÓSTICO

Por vezes encontrou-se uma desvalorização nos discursos dos acompanhantes por parte dos profissionais médicos, os quais conduziam por uma simplificação diagnóstica, mesmo diante da persistência e do agravo dos sintomas ou involução na conduta terapêutica anterior.

A supremacia profissional diante da minimização do conhecimento dos pais ou acompanhantes sobre os sinais e sintomas de seus filhos, foi observada nos relatos:

“eu voltei umas quatro vezes ao médico ortopedista. Dizia que não era nada, que tinha uma profissão de trinta anos e nunca tinha visto um caso de uma fratura não ter resolvido com o gesso [...]” Jadeíta/Osteossarcoma

“Aí ele [médico] passou remédio de verme, dei o remédio, mas não tinha melhora. Continuava vomitando. Passou mais duas semanas e o médico que atendeu passou remédio de verme de novo, ‘metronidazol’, dizem que esse remédio nem é para verme.” Prazio/SNC

Como a maioria dos médicos generalistas raramente encontra crianças com câncer não diagnosticado, eles devem lembrar e investigar a possibilidade de neoplasia, especialmente na presença de uma condição infantil comum com evolução atípica, manifestações incomuns que não se enquadram nas condições comuns, e qualquer sintoma persistente que desafie os diagnósticos (BRASIL, 2011).

Um estudo de caso-controle realizado no Reino Unido concorda com tal compreensão ao encontrar que no ano antes de diagnóstico, 33,7% dos casos teve qualquer sintoma de alerta gravada em comparação com 5,4% de controles. Assim, ter um sintoma de alerta é associado com um aumento da probabilidade de câncer de até 28,8 vezes em comparação com consulta sem um sintoma de alerta. Ao todo, 27% dos casos apresentam algum sintoma de alerta agravado nos três meses antes do diagnóstico (DOMMETT et. al, 2012).

Na realidade do Brasil, todos os indicativos supracitados contribuem para que muitos pacientes sejam encaminhados ao centro de tratamento com doenças em estágio avançado, o que se deve também à desinformação dos pais e dos médicos, o medo do diagnóstico de câncer e o acesso desigual às tecnologias diagnósticas (INCA, 2018).

O diagnóstico e planejamento terapêutico devem ser cuidadosamente explicados para os pais e responsáveis e, se a criança tiver idade suficiente para compreender, para o próprio paciente. Uma discussão honesta dos fatos é a melhor conduta. As crianças devem receber tanta informação quanto possam assimilar, seja útil ou correspondente a um desejo expresso ou manifestado de saber (KLIEGMAN, et. al., 2009).

No entanto, no estudo, nem sempre a informação sobre o diagnóstico foi revelado de modo sensível e esclarecedor:

“porque eu vi ele [médico] conversando com outro médico: ‘vou encaminhar esse paciente pra João Pessoa, mas só sabendo que de onde ele veio, já veio desenganado.’ Aí eu escutei e disse: ‘Ele pode ter vindo desenganado da sua boca, mas do Médico dos Médicos lá de cima, ele não veio não.’” Paraíba/Rabdomiossarcoma

Assim, percebe-se que o diagnóstico de câncer em uma criança e adolescente produz um impacto socioemocional significativo em toda a família. A criança doente e sua família terão que enfrentar eventos diversos e difíceis que podem dificultar o desenvolvimento de suas vidas. Ademais pode levar a família a situações complexas de equilíbrio ou desequilíbrio, pondo em risco o bem-estar e o manejo do paciente doente, bem como a funcionalidade familiar (LLORENS; MIRAPEIX; LÓPEZ-FANDO, 2009; WHITAKER, 2010)

“Meu filho saiu de lá [pós-operatório] roxinho, eu estava chorando porque estava grávida, nervosa sem entender o que acontecia [...] Perdi o bebê.” Acroita/SNC

“Meu trabalho tô levando declaração. Meu patrão tava querendo que eu mandasse meu filho com o pai, disse que não ia deixar meu filho, se ele quisesse que me colocasse pra fora”

Blue John/LCH

A presença de uma criança e ou um adolescente com câncer em uma família merece atenção especial com relação à sua dinâmica (CFM, 2018). Uma pesquisa, com abordagem qualitativa desenvolvida em um município da região sul da Bahia com cuidadores de crianças e adolescentes em uma instituição de apoio, corrobora com os discursos supracitados ao concluir como a doença oncológica no público infantojuvenil interfere de forma significativa na qualidade de vida familiar e na modificação da rotina e dos hábitos de vida diários dos cuidadores (OLIVEIRA; CUNHA; SANTOS; MORAIS, 2018).

Outros desafios são encontrados no intento do diagnóstico precoce do câncer infantil, a centralização do atendimento de oncologia pediátrica na capital Recife e a distância como determinante no acesso aos recursos especializados no estado de Pernambuco, conforme os relatos abaixo:

“Entendo a distância e a centralização do tratamento na capital como maior empecilho no nosso caso; Estou mais próximo de Fortaleza e de Teresina do que de Recife, mas como a gente tem que fazer o tratamento em nosso estado, fica essa dificuldade. A gente que mora no interior não tem nenhum suporte. Do jeito que eu passei por essa peregrinação tem muita gente que passa. Então eu acho que seria muito mais cômodo se tivesse um centro mais próximo, na metade do caminho. Até por isso o volume de atendimento é muito grande, né?” Ágata/SNC

Estas experiências na procura por cuidados empoderou os entrevistados sobre a rede de atenção à saúde no estado de Pernambuco e da importância do diagnóstico precoce. De forma que trouxe aos mesmos a sensibilidade de apontar como o sistema foi escasso e ausente no cuidado com os seus entes:

“Se deu tumorção lá [no exame] era pra eles [profissionais do município de origem] terem acionado a oncologia lá dentro mesmo da emergência [...] Isso teria diminuído o tempo, minha filha poderia já ter feito a cirurgia. Aí ele [médico] me liberou, não me deu seguimento, só me deu encaminhamento.” Jadeíta/Osteossarcoma

A experiência de cuidado possibilita a produção de conhecimentos sobre a RAS e, a partir desses, empreendem movimentos que escapam aos traçados dos fluxos formais no SUS, constituindo movimentos invisíveis ao sistema e suas metodologias avaliativas tradicionais (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

No entanto, observa-se a essencialidade de tecnologias que pudessem promover a comunicação entre os níveis de atenção à saúde, comprometendo, assim, a solidificação da rede de atenção à saúde no local do estudo. Estas intermediações aparecem como potenciais influenciadores no itinerário terapêutico e na efetividade do ingresso aos serviços públicos em outra fase crítica do percurso, o acesso às imagens diagnósticas.

A ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassonografia e cintilografia, de acordo com a necessidade, são todos úteis para avaliar as crianças com câncer, não somente durante o acompanhamento para determinar a eficácia da terapia, mas também antes do tratamento, para um diagnóstico preciso e determinação da extensão da doença (KLIEGMAN, et. al., 2009).

Dessa maneira, os entrevistados relatam limitações e burocracias nos serviços públicos de saúde e os sacrifícios realizados para conseguir um atendimento qualificado, com foco na solicitação por métodos diagnósticos e uma resposta para as queixas mais rápidas e eficientes:

“[...] então ele [médico] mandou a gente fazer uma ressonância. Pra conseguir uma ressonância pelo SUS lá [Petrolina] o ‘caba’ já tem morrido, tem que pagar mesmo” Uvita/SNC

“Paguei, porque senão ia demorar mais, a consulta foi R\$ 350,00 a ressonância foi R\$ 900,00. [...] Em Ouricuri, mesmo se fosse esperar pelo SUS, era pra mais de três meses aí não ia esperar, né? Fiz uma forcinha e paguei.” Ametista/SNC

A alta demanda nos serviços públicos e a frágil rede de apoio diagnóstico promovem ocasiões para pessoas se aproveitarem do estado de sofrimento desses pais e responsáveis. Consagram-se pela carência de acesso aos serviços de saúde e pelo oportunismo na situação de omissão do Estado:

“O SUS em Macéio vende muito os exames, eu mesma se pudesse denunciaria, porque é uma vergonha [...] Pra mim, como o problema dele estava me mostrando ser um pouco grave, arrumei uma mulher que trabalha no posto de saúde, ela me vendeu um exame por R\$200,00 [...] Ela é assistente social do SUS e vende exames. Vendeu pra mim e pra qualquer pessoa que tiver condições de pagar.” Rubelita/Osteossarcoma.

“[...] era uma moça que hoje é vereadora da cidade, foi a bem mais votada. [...] ninguém faz nada sem interesse, mas antes dela se candidatar já trabalhava com um vereador que disponibilizava um carro para levar as pessoas no hospital, marcar uma vaga...” Morganita/Osteossarcoma

O melhor itinerário para um atendimento humanizado às crianças e aos adolescentes com câncer advém do compartilhamento de responsabilidades dos serviços de saúde, prioritariamente a atenção primária, com atendimentos ágeis, resolutivos e integrais, em que cada nível de atenção tem sua especificidade e importância (BRASIL, 2017).

CATEGORIA 4 - O APORTE SOCIAL

Auxiliar o paciente com câncer é um desafiante humano e social, ainda mais assim quando é uma criança. Por este motivo, substituir o medo e a ignorância com empatia, entendimento e informação é essencial para ajudar as crianças que sofrem destas doenças, constitui um fator protetor crucial no processo de resiliência, tornando-se um elemento restaurador do equilíbrio familiar (FORTEZA, 2012; WHITAKER, 2010; FERNÁNDEZ, 2009).

Entre as potenciais promotoras desse suporte estão, consoante os relatos, as Organizações Não Governamentais, imprescindíveis à adesão terapêutica. Em meio a instituições sem fins lucrativos que atendem a crianças e adolescentes com câncer no Estado de Pernambuco, o NACC, Núcleo de Apoio à Criança com Câncer aparece como primordial no suporte durante o tratamento destes pacientes:

“O NACC é como se fosse a casa da gente, as pessoas são legais, lá tem tudo que você precisa.” Ametista/SNC

“No começo, que a gente não tem pra onde ir, é uma ótima casa, que apoia as crianças, dão atenção a todos e são muito competentes.” Paraíba/Rabdomiossarcoma

O estabelecimento de programas que oferecem aporte social e serviços de apoio às famílias de pacientes é a chave para reduzir a taxa de abandono do tratamento (WHITE; CASTLE; HAIG, 2013). Desde a fundação do Núcleo de Apoio à Criança com Câncer (NACC), em Recife, Pernambuco, em 1985 por iniciativa local de profissionais da área de saúde e pessoas comuns da nossa sociedade, a parceria técnico-científica entre o NACC e o Saint Jude-Recife, veio contribuir com conhecimentos técnicos e específicos de seus profissionais, para beneficiar o suporte oferecido pela ONG aos hospitais públicos de Recife, bem como

sugerir novas formas de captação de recursos, com resultados promissores na taxa de abandono de tratamento para pacientes, que reduziu de 16% para 0,5% (WHITE; CASTLE; HAIG, 2013; NACC, 2014).

4. CONCLUSÃO

Em compreensão do itinerário terapêutico de crianças e adolescentes diagnosticadas por tumores sólidos em acompanhamento no Estado de Pernambuco, observa-se a fragilidade no seguimento dos casos suspeitos de câncer infantojuvenil entre os níveis de atenção à saúde, além das dificuldades de acesso aos recursos de apoio diagnóstico e de locomoção aos centros de referência.

O caminho conflui com os nós descritos nos componentes da estrutura operacional das RASs. No entanto, além do sistema de governança, um sistema gerido pelo aporte social de ONGs e as práticas não convencionais de saúde, mostraram-se potencializadoras no aporte terapêutico.

A Atenção Primária à Saúde, concomitantemente, não se apresentou como preferencial porta de entrada assim como norteadora na rede de atenção à saúde. Seja pela busca dos pais ou responsáveis pelo imediatismo, ou pela falta do profissional médico na Unidade Básica de Saúde, até mesmo pela não credibilidade na assistência pública.

Partindo-se do fortalecimento da APS, não apenas com programas que ampliem o acesso ao atendimento médico, é necessária uma eficiente cobertura e investimento em tecnologias que possam diminuir a distância entre especialistas da oncologia pediátrica e profissionais da atenção básica.

No entanto, o que se espera é o despertar dos profissionais e gestores na estruturação de intervenções propulsoras no diagnóstico precoce, na descentralização da atenção da oncologia infantojuvenil e na redução das taxas de mortalidade, com a missão de incorporar universalidade, equidade e integralidade em uma implicação não apenas com fins de alcançar objetivos científicos, mas também objetivos comunitários e humanísticos.

Durante todo o desenvolvimento do estudo não houve conflito de interesses financeiro e/ou de afiliações.

REFERÊNCIAS

- [1] BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de diagnóstico precoce para oncologia pediátrica: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Inca, 2017.
- [2] KLIEGMAN, Robert M. et. al. NELSON, TRATADO DE PEDIATRIA. 18.ed. – Rio de Janeiro : Elsevier, 2009. 2v. : Il.
- [3] BRASIL. Ministério da Saúde. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente. 2. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2011. Disponível em: http://institutoronald.org.br/wp-content/uploads/2015/07/diagnostico_precoce_cancer_crianca.pdf. Acesso em: 04 abr. 2017.
- [4] SANTINI, L. A. O câncer infanto-juvenil em foco. [Editorial], Rede Câncer. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acf40780420c1121a789a7ce655ae979/02_editorial.pdf?MOD=AJPERES. Acesso: 13 jun. 2012.
- [5] INCA. Tipos de Câncer Infantil. 2018. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>. Acesso em: 12 fev. 2018.
- [6] BRASIL. Ministério da Saúde. Estimativa | 2020 Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), 2019. 122 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 12 maio 2020.
- [7] INSTITUTE, National Cancer. What Is Cancer? 2018. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>. Acesso em: 12 fev. 2018.
- [8] KLINE, Nancy E., SEVIER, Nicole. Solid tumors in children. Journal of Pediatric Nursing. Vol 18. No 2:96-102. Abril, 2003.
- [9] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013.. 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). Brasília, DF. 2013.
- [10] BRASIL. Ministério da Saúde. Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2008.

Disponível:http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_crianca_adolescente_brasil.pdf. Acesso em: 11 abr. 2017.

[11] KREUZ, Giovana. A Percepção dos Pais de Crianças e Adolescentes com Câncer sobre a Doença e a Morte. Dissertação (mestrado). Universidade do Estado do Rio De Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro 2009. Disponível: http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/kreuz_giovana.pdf. Acesso em: 14 abr. 2012.

[12] PINHEIRO, R; MARTINS, P. H. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. 1ed. Rio de Janeiro/Recife, CEPESC – IMS/UERJ, Editora Universitária UFPE, ABRASCO, 2009. 375p

[13] ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A .S. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.

[14] BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília-DF.

[15] LINK MP, GEBHARDT MC, MEYERS PA. Osteosarcoma. In: __. Principles and practice of pediatric oncology. Philadelphia: Lippincott-Raven. 2002.

[16] DOMMETT, RM, REDANIEL, MT Features of childhood cancer in primary care: a population-based nested case-control study. British Journal of Cancer. 2012. 106, 982 – 987 & 2012 Cancer Research UK.

[17] FORTEZA, L. C. Resiliencia familiar en familias con niños con enfermedades oncohematológicas. TCC (Graduação) - Curso de Psicología, Departamento Provincial de Promoción y Educación Para La Salud., Cuba, 2012 Disponível:<<http://www.monografias.com/trabajos96/resiliencia-familiar-familias-ninos-enfermedades-oncohematologicas/resiliencia-familiar-familias-ninos-enfermedades-oncohematologicas.shtml>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

[18] NICE, National Institute For Health And Clinical Excellence. Referral for suspected cancer: a clinical practice guideline. 2005. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG27>. Acesso em: 03 ago. 2018.

[19] LLORENS A, MIRAPEIX R, LÓPEZ-FANDO T. Hermanos de niños con cáncer: resultado de una intervención psicoterapéutica. Psicooncología. 2009. Disponível:<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0909220469A/15207> Acesso em: 21 out. 2013.

[20] WHITAKER, MCO. A vida após o tratamento do câncer infanto-juvenil: experiências de sobreviventes. 2010. 146 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. Disponível<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-16112010-104515/en.php>>. Acesso em: 22 mar. 2013.

[21] OLIVEIRA, JS; CUNHA, DO; SANTOS, CS; MORAIS, RL Repercussões na vida de Cuidadores de crianças e adolescentes com doença oncológica. Cogitare Enfermagem, [s.l.], v. 23, n. 2, p. 1-8, 23 maio 2018. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.51589>.

[22] FERNÁNDEZ, MDL; VAL, ET. Orientación y psicoterapia familiar con niños y adolescentes con enfermedad crónica. Apuntes de Psicología,Cádiz, Huelva y Sevilla, v. 27, n. 2-3, p.457-471, set. 2009.

[23] WHITE, Y; CASTLE, V P.; HAIG, A. Pediatric Oncology in Developing Countries: Challenges and Solutions. The Journal Of Pediatrics, United States, v. 162, n. 6, p.1090-1091, jun. 2013.

[24] NÚCLEO DE APOIO À CRIANÇA COM CÂNCER. O que é o Nacc. Disponível em: <<http://www.nacc.org.br/quem-somos/o-nacc/o-que-e-o-nacc/>>. Acesso em: 21 mar. 2014.

Capítulo 5

Perfil dos pacientes com diagnóstico de não Câncer investigados em um centro de referência em Oncologia Pediátrica na cidade do Recife-PE

Camila Gonçalves Mariz

Lindiane Dara da Silva

Helana Maria Ferreira Renesto

Jocasta Bispo de Santanna

Joel Azevedo de Menezes Neto

Resumo: Introdução: A dificuldade no rastreamento e a confirmação do câncer infantojuvenil reside no fato de suas condições clínicas serem indefinidas. Onde, muitas vezes, o quadro clínico assemelha-se a outras doenças benevolentes mais constantes na criança. Objetivo: Descrever o perfil de saúde dos casos não câncer investigados em crianças e adolescentes em um Centro de Referência em Oncohematologia na cidade do Recife- PE. No período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. Método: Tratou-se de um estudo quantitativo do tipo transversal e documental de natureza descritiva, e de caráter retrospectivo. A fonte de dados foi composta pelos prontuários de pacientes recebidos para investigação de janeiro de 2015 a dezembro de 2017 e pelos prontuários dos pacientes de casos confirmados como não câncer no período de janeiro de 2015 a dezembro 2017. A coleta de dados foi realizada no período de abril a maio de 2019. O estudo foi submetido ao Comitê de ética e Pesquisa em Seres Humanos com CAAE: 07811419.7.0000.564. Resultados e Discussão: Foram analisados 383 prontuários, a maioria dos casos investigados, em 38% dos casos a queixa principal teve duração de menos de 30 dias de duração, 34% dos casos foram investigados por linfadenomegalia, 49% chegaram ao serviço por contato informal entre profissionais de saúde, 47% dos grupos infantis de diagnósticos de não-câncer foram doenças do sistema linfático, o exame realizado com maior frequência no centro de referência para investigação foi o hemograma em 31% dos casos investigados e 49% dos casos investigados tiveram alta, sem necessidade de encaminhamentos a outras especialidades. Conclusão: Foi possível descrever o perfil social dos casos suspeitos, principal queixa, procedência do caso, e sobretudo que a maioria dos casos é encaminhada apenas pela identificação de sinal, sintoma ou queixa clínica, permitindo assim ao serviço uma possibilidade de conhecer sua demanda.

Palavras Chave: Perfil de Saúde; Criança; Adolescente, Câncer.

1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença crônica não transmissível, onde as células nos tecidos e órgãos, que aumenta de tamanho de maneira irregular, descontrolada e violenta. O acúmulo das células cancerosas no organismo promove a formação de tumores, que também se denomina de neoplasia maligna. Causando sérios riscos de vida, principalmente, quando não diagnosticada e tratada precocemente (ONCOGUIA, 2015).

Segundo Souza (*et al*, 2017) a incidência de câncer infantojuvenil aumenta anualmente no mundo, apesar de ser raro nesta faixa etária compreende cerca de um a cada 600 crianças, com maior prevalência na raça branca e negra. As estatísticas apontam que no Brasil as neoplasias em crianças e adolescentes é a primeira causa de morte por doença na faixa etária de 5 a 19 anos, perdendo apenas para causas externas, como acidentes e violência.

Nota-se que o processo sintomatológico das neoplasias infantojuvenil trás significativamente semelhança com doenças mais comuns e prevalentes na infância, dificultando a confirmação do diagnóstico. Fermo (*et al*; 2014) apontam que em resultado deste as famílias exploram inúmeros atendimentos e diversos serviços de atendimentos desde a atenção primária a saúde até serviços especializados, até conseguir o resultado do diagnóstico necessitando buscar vários profissionais, infinidades de exames e possíveis internações.

Os sinais e sintomas que levantam a desconfiança de câncer na criança são confundidos por serem inespecíficos e por apresentarem, por exemplo, episódios febris em consequência de viroses, a falta de ânimo decorrente de anemia, ausência de apetite, o contato do organismo com antígeno causando enfartamento ganglionar como processo de defesa do organismo, ou até mesmo presença de manchas vermelhas ou arroxeadas no corpo que são frequentes em crianças e jovens com maiores níveis de atividades, podendo decorrer de pancadas leves durante a brincadeira que fazem parte da rotina de qualquer criança (RIBEIRO; GRABOIS, 2016).

Entre as principais doenças que se apresentam com sinais e sintomas inespecíficos e que podem se confundir com o câncer infantojuvenil estão às doenças parasitárias e infecciosas, doenças da pele, patologias dos órgãos hematopoiético, transtornos imunitários, tumores benignos e doença osteomuscular (DESIDERATA, 2016).

Vê-se uma insegurança por parte dos profissionais que atuam com este perfil de paciente diante o diagnóstico em algumas patologias, justamente pelo fato de seus sinais e sintomas se confundirem com o câncer, diante disso os profissionais podem temer em alarmar a família com um diagnóstico incerto, e acaba encaminhando a criança para um serviço especializado para que se tenham uma conclusão e definição do diagnóstico correto (FRIESTINO; CORRÊA; FILHO, 2018).

Santos (2015) ressalta que o profissional enfermeiro, em particular, é o profissional que mais passa tempo com a criança/adolescente. Dessa maneira, ele tem que utilizar uma abordagem de cuidadosa em relação ao paciente com sinais e sintomas inespecíficos. Ainda neste âmbito, o enfermeiro deve possuir as qualidades necessárias para que haja interação e resolução, em todos os seus pontos de atuação. Tendo aprendizado técnico-científicos, uma boa comunicação interpessoal, com melhoria de suas ações e práticas desenvolvidas, no sentido de contribuir para tomada de decisão diante da paciente.

A possibilidade de obtenção de dados de diferentes tipos de patologia que chegam aos centros de referências com encaminhamento de suspeita oncológica serve como estudo de cunho epidemiológico para avaliar o perfil de saúde de crianças e jovens. Agrega-se ainda como um fator importante para identificar e conhecer quais doenças estão causando confusão nos profissionais de saúde em relação ao câncer infantojuvenil (CHAFIN, 2016).

O estudo foi uma oportunidade de discussão para analisar e apontar o processo de saúde/doença existente na infância em nossa região, com o intuito de apresentar novas possibilidades de análises diagnósticas sobre esses pacientes, para os profissionais da saúde que os acompanham. Dessa forma elaborou-se a seguinte pergunta condutora em relação ao tema: Qual o perfil de saúde dos casos não câncer investigados em um serviço de referência em oncologia pediátrica na cidade do Recife-PE, entre janeiro de 2015 a dezembro de 2017?

Assim o objetivo do estudo foi descrever o perfil de saúde dos casos não câncer investigados em crianças e adolescentes em um Centro de Referência em oncologia na cidade do Recife-PE. No período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017.

2. MÉTODO

Tratou-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal e documental de natureza descritiva, e de caráter retrospectivo, realizado no Centro de Oncohematologia Pediátrico (CEONHPE) do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco (HUOC/UPE). A fonte de dados foi composta pelos prontuários de pacientes recebidos para investigação de janeiro de 2015 a dezembro de 2017 e pelos prontuários dos pacientes de casos confirmados como não câncer no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017.

Foram identificados 434 prontuários que preenchiam os critérios de inclusão, entretanto, por inconclusão, foram descartados 51 prontuários, e utilizados 383 prontuários. A coleta de dados foi realizada no período de abril a maio de 2019, após aprovação do estudo pelo CEP do Centro Universitário Estácio do Recife com parecer: 3.157.226 e CAAE: 07811419.7.0000.5640.

O instrumento para coleta de dados foi composto por um *check-list* confeccionado pelos pesquisadores embasados na literatura. O instrumento contém dados sociodemográficos, dados da história do encaminhamento, diagnóstico e seguimento (INCA, 2010).

Os dados foram tabulados no programa Excel 2013 e apresentados em forma de tabelas construídos através de estatísticas descritivas por meio de frequência e percentual.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 434 prontuários que preenchiam os critérios de inclusão, entretanto, por inconclusão, foram descartados 51 prontuários, e utilizados 383 prontuários. Em relação aos dados sociodemográficos da amostra do estudo, a maioria 54% foi do sexo masculino, 28% tinham a idade variando de 5 a 9 anos, 38% procedentes do interior do estado de Pernambuco e 35% foram encaminhados dos anos de 2016 e 2017. A tabela 1 abaixo apresenta os dados quanto aos dados clínicos dos casos investigados.

De acordo com os dados apresentados da Tabela 1, em 38% dos casos a queixa principal teve duração de menos de 30 dias, 34% dos casos foram investigados por linfadenomegalia e 49% chegaram ao serviço por contato informal entre profissionais de saúde.

Tabela 1 - Distribuição da amostra quanto aos dados clínicos dos pacientes, do tempo médio de duração da queixa principal, queixa principal e serviços de encaminhamento, Recife-PE, 2019.

Variáveis	N	%
Tempo médio de duração da queixa principal		
< 30 dias	145	38%
1-3 meses	108	28%
4 - 6 meses	35	9%
> 6 meses	45	12%
> 1 ano	50	13%
Queixa principal		
Dor	43	11%
Cefaleia/ Vômito	23	6%
Febre	50	13%
Petéquia hematoma	20	5%
Sangramento	15	4%
Linfadenomegalia	13	34%
Alterações de hemograma (anemia, hiperleucocitose, pancitopenia)	40	16%

(continuação ...)

Tabela 1 - Distribuição da amostra quanto aos dados clínicos dos pacientes, do tempo médio de duração da queixa principal, queixa principal e serviços de encaminhamento, Recife-PE, 2019.

Variáveis	N	%
Tempo médio de duração da queixa principal		
Inchaço/edema no membro	16	4%
Perda de peso	26	7%
Serviços de Encaminhamento		
APS SUS	51	13%
UPA/ Emergência	50	13%
Hospital infantil SUS	65	17%
Hospital infantil privado	13	3%
Consultório médico privado	16	4%
Demanda informal	188	49%
Total	383	100%

Em relação ao tempo da queixa principal, menor de 30 dias prevaleceu. Portanto, considerando a busca incessante de ganho terapêutico, deve ser mais valorizada a possibilidade de encurtar a espera pelo diagnóstico. Infelizmente, a demora no período pré-diagnóstico não está ao alcance de intervenção direta da equipe profissional em si, também há espera nos recursos que são desenvolvidos para ele. Outros autores também sugerem que o atraso no tratamento pode influenciar o prognóstico destes pacientes, de forma direta ou indireta (PAIVA; CESSE, 2015).

A queixa principal, é baseada principalmente no histórico clínico do cliente e o exame físico, são as primeiras iniciativas para o andamento do diagnóstico do paciente, junto com histórico familiar, a existência de doenças hereditárias ou de doenças raras, sendo assim, podem contribuir para o diagnóstico da criança. Os profissionais devem ter um nível elevado de suspeição com relação aos sinais e sintomas. Desse modo, isso permitirá que preste mais atenção nas queixas presentes como podemos observar na tabela acima, as que mais prevaleceram foram, linfadenomegalia, febre, dor e alteração de hemograma (FERMO et al., 2014).

Os linfonodos aumentados atribuem-se como uma situação frequente no âmbito pediátrico, a grande maioria representam uma fase de crescimento normal do tecido linfóide, porém também pode estar relacionado como uma manifestação de uma patologia grave. Assim o seguimento clínico do paciente é essencial para um diagnóstico preciso (MEYER et al., 2017).

Como a febre que também é apontada como um dos sinais de doença mais frequentes na criança/adolescente, acaba se tornando uma das causas mais frequentes de procura de cuidados de saúde nessa faixa etária, e quando associado a outros sintomas como: dor, cefaleia, sangramento, perda de peso, inchaço e entre outros. O cuidador pode suspeitar de doenças graves, fazendo com que se torne cerca de 20% das causas de recurso aos serviços de urgência hospitalares (AFONSO et al., 2018).

Um hemograma completo dá dados significativos sobre os tipos e números de células do sangue, especialmente glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas. Com os exames em mãos, nas alterações de hemograma foram encontrados, leucocitose, leucopenia, pancitopenia (SERPEJANTE, 2019).

Um dos problemas a princípio na criança/adolescente é a dor. É um sintoma comum nessa faixa etária, sendo responsável por grande número de atendimentos nos ambulatórios de pediatria. Nem sempre sua exata predominância na população infantojuvenil não é conhecida (SBP, 2019).

Acredita-se que o número de encaminhamentos informais se deu pelo fato do centro de referência participante do estudo não ter regulação pela central de leitos, então, os pacientes terminam sendo encaminhados por contato entre profissionais.

De acordo com a Tabela 2, 47% dos grupos infantis de diagnósticos de não- câncer foram doenças do sistema linfático, o exame realizado com maior frequência no centro de referência para investigação foi o hemograma em 31% dos casos investigados e ultrassonografia com 26% e 49% do casos investigados tiveram alta, sem necessidade de encaminhamentos a outras especialidades.

Tabela 2 – Distribuição da amostra quanto aos dados clínicos dos pacientes, serviço de encaminhamento, grupos de doenças infantis de diagnóstico, Procedimentos de investigação, diagnóstico e encaminhamento, Recife-PE, 2019.

Grupos de doenças infantis de diagnóstico	N	%
Sistema digestório	13	3%
Sistema linfático	181	47%
Sistema tegumentar	28	7%
Sistema hematopoiético	91	24%
Sistema imunológico	4	1%
Sistema locomotor	17	4%
Sistema genitourinário	16	4%
Doenças infecciosas	33	9%
Procedimentos de investigação e diagnóstico	N	%
Mielograma	40	10%
Biópsia de linfonodo	47	12%
Raio X, RNM, TC	13	3%
Ultrassonografia	100	26%
Sorologia	35	9%
Bioquímico	28	7%
Hemograma	120	31%
Encaminhamento	N	%
Hospital pediátrico SUS	5	1%
Retorno para a APS	6	2%
Clínica especializada do próprio centro referência	16	4%
Sem retorno	150	39%
Alta	189	49%
Em acompanhamento	17	4%
Total	383	100%

Como os dados evidenciam que, ao considerar o câncer, outras doenças são possíveis. O sistema linfático transporta líquidos para o corpo inteiro, é constituído por vasos linfáticos de paredes finas, linfonodos, dois dutos coletores. A adenomegalia reacional e generalizada foram as que prevaleceram no diagnóstico final dos pacientes, sendo uma alteração mais comum na infância, cabendo ao especialista avaliar, confirmar e excluir a patologia de câncer. Os linfonodos em sua maioria tem um aumento normal, é mediante as respostas transitórias do sistema imunológico a infecções benignas. Mesmo que alguma infecção apareça, sendo ela simples, pode causar adenomegalia, hepato e/ou esplenomegalia (GASPAR, 2014).

O Sistema Hematopoiético responsável pela produção de células sanguíneas e linfa, localizado dentro de alguns ossos, sendo precursor da medula óssea vermelha, na criança a maioria dos ossos possui esse tipo de medula. A neutropenia foi uma das doenças mais diagnosticadas. Nessa idade pediátrica é uma situação relativamente frequente, caracterizada por diminuição dos neutrófilos, podendo se desenvolver como neutropenia leve, moderada e crônica (TERRITO et al., 2014).

Além da valorização das queixas dos pacientes, os profissionais, devem averiguar todos os sinais e sintomas, e avaliar se a criança pode ter condições precárias e se irá necessitar realizar exames para investigação diagnóstica (BRASIL, 2017).

Um dos meios de investigações que é o primeiro a ser pedido pelos profissionais, é o hemograma. Geralmente, os pacientes que são encaminhados já vem com os exames clínicos. Quando tem mais de uma alteração no exame, como neutropenia. O médico pede o mielograma, avaliando a medula óssea, se está ocorrendo alguma infiltração na medula por neoplasias (ABRALE, 2016).

A ultrassonografia, raio x, ressonância magnética podem distinguir padrões característicos, permitindo uma avaliação melhor, consegue evidenciar se um gânglio linfático aumentado contém linfoma ou se é uma alteração benigna. A biópsia é um procedimento muito importante, é removido uma parte de linfonodo para avaliação, e ser constatado a presença de alterações malignas ou benignas (GARICOCHEA, 2016).

Com a conclusão dos procedimentos de investigação, o índice de alta foi 49%, o que chamou a atenção, que

a maioria dos suspeitos tinha alterações benignas e 39% não retornaram para a próxima consulta. A circunstância do não retorno está presente em vários âmbitos, embora em proporções variadas como a qualidade da assistência prestada, uma comunicação eficaz, os profissionais devem contribuir para o retorno do paciente (VASCONCELOS et al., 2014).

4. CONCLUSÃO

As doenças neoplásicas são um grande problema de saúde pública, e neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ressalta que o impacto na população corresponderá a mais de 20 milhões de novos casos para 2025, tendo um aumento nas próximas décadas, afetando países em desenvolvimento. O câncer infantojuvenil é um evento raro na infância, entretanto as queixas de suspeição são muito inespecíficas, confundindo-se com outras doenças infantis, que gera, de uma maneira geral um atraso no diagnóstico, evidenciando a importância da suspeição dos sinais e sintomas de alerta e investigação dos casos suspeitos.

Através deste estudo foi possível observar e detectar, que o tempo médio entre o início da queixa e a chegada no serviço de referência para investigação, permanece extenso, e que neste serviço de referência ainda não existe uma rede de encaminhamentos organizados, de forma que a maioria desses pacientes vem de maneira informal, com isto notou-se também no estudo a importância de uma construção de fluxograma de acolhimento, atendimento e transferências caso necessário para que desta forma possa a vir ter mais resolutividade e agilidade.

Além disso, foi possível descrever o perfil social dos casos suspeitos, principal queixa, procedência do caso, e sobretudo que a maioria dos casos é encaminhada apenas pela identificação de sinal, sintoma ou queixa clínica, permitindo assim ao serviço uma possibilidade de conhecer sua demanda. Neste contexto, estas avaliações podem se direcionar a decisões fundamentais relativas à eficácia e qualidade da assistência prestada ao paciente, assim como o diagnóstico e resolutividade da causa, tornando-se imprescindível a importância e recomenda-se a realização de novos estudos para investigar fatores relacionados ao atraso no encaminhamento dos casos, bem como, o fluxo dos encaminhamentos e de acolhimento.

REFERÊNCIAS

- [1] ABRALE, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. Câncer Infantil - Leucemia Linfóide Aguda (LLA). 2016. Disponível em: <http://abrale.org.br/leucemia-infantil/lla-infantil>. Acesso em: 14 de junho de 2019.
- [2] AFONSO I. et al. Conhecimentos, preocupações e atitudes dos pais perante a febre. Revista Portuguesa de Clínica Geral, v. 34, n. 5, p. 268-272, set. 2018.
- [3] BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de diagnóstico precoce do câncer pediátrico. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/protocolo-de-diagnostico-precoce-do-cancer-pediatico.pdf>. Acesso em: 13 de junho de 2019.
- [4] CHAFFIN, V. D. S. Análise dos registros hospitalares de câncer para o monitoramento do câncer infantojuvenil. 2016. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2016.
- [5] DESIDERATA (Rio de Janeiro). Boletim Informativo. Unidos Pela Cura, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1- 6, maio 2016.
- [6] DIAS, Caroline. Adenomegalias em pediatria: o que fazer? 2013. 20 f. Monografia (Especialização) - Curso de Medicina, Hospital Materno Infantil de Brasília (ses/df), Brasília, 2013
- [7] FERMO, V. C. et al. Early diagnosis of child cancer: the journey taken by families. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem. v. 18, n. 1, p.54-59, 2014. GN1 Genesis Network.
- [8] FRIESTINO, J. K. O.; CORRÊA, C. R. S.; MOREIRA FILHO, D. C. Percepções dos Profissionais sobre o Diagnóstico Precoce do Câncer Infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 4, n. 63, p.1-8. Chapecó, 2018.
- [9] GASPAR, T. Adenomelagia. 2014. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/tamis2rafa/adenomegalia>. Acesso em: 15 de junho de 2019.
- [10] GARICOCHEA, B. Diagnóstico - LH. 2016. Disponível em: <http://abrale.org.br/lh/diagnostico>. Acesso em: 13 de junho de 2019
- [11] MEYER, A. C. et al. Manual terapêutico de Pediatria. 4. ed. Elsevier, 2017. 17 p.

- [12] ONCOGUIA. Falando abertamente sobre o câncer. 2015. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/artigo-falando-abertamente-sobre-o-cancer/642/8/>. Acesso em: 14 de junho de 2019.
- [13] PAIVA, C. J. K.; CESSE, E. Â. P. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Recife, v. 61, n. 1, p.23-30, 2015
- [14] RIBEIRO, I. L. A.; GRABOIS, M. F. O câncer infantil, dos primeiros sinais e sintomas ao diagnóstico. In: RIBEIRO, I. L. A. et al. *Odontologia na Oncologia Pediátrica*. João Pessoa, 2016. p. 3-138.
- [15] SANTOS, F. C. et al. O enfermeiro que atua em unidades hospitalares oncológicas: perfil e capacitação profissional. *Enfermeira Global*. Ribeirão Preto, n. 38, p.313-324, abr. 2015.
- [16] SERPEJANTE, C. Hemograma completo: exame avalia desordens como anemia e infecções. 2019. Disponível em: <https://www.minhavidacom.br/saude/tudo-sobre/18537-hemograma-completo>. Acesso em: 14 de junho de 2019.
- [17] SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. Dor abdominal crônica na infância e adolescência. 2019. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/dor-abdominal-cronica-na-infancia-e-adolescencia/>. Acesso em: 13 de junho de 2019.
- [18] SOUZA, J. A. F. et al. Atuação da fisioterapia no controle da dor no câncer infantil: uma revisão de literatura. v. 3, n. 2, p. 74-83, dez. 2017.
- [19] TERRITO, M. et al. Neutropenia. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/hematologia-e-oncologia/leucopenias/neutropenia>. Acesso em: 15 de junho de 2019.
- [20] VASCONCELOS, C. T. M. et al. Fatores relacionados ao não comparecimento à consulta para receber o resultado do exame colpocitológico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. v. 22, n. 3, p. 401-407, jun. 2014.

Capítulo 6

Primeira classe hospitalar em Pernambuco: Vivências e percepções das crianças com Câncer

Jairane Evely de Castro Azevedo

Magaly Bushatsky

Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros

Vera Lúcia Lins de Moraes

Jéssica Alcântara de Lira Oliveira

Eryck Nascimento Magalhães

Maria Mayara Araújo Pereira

Alessandra Roseli Gonçalves de Santana

Resumo: Objetivo: compreender a percepção da criança com câncer sobre a Classe Hospitalar e suas vivências durante o processo de adoecimento. Método: estudo descritivo e qualitativo, desenvolvido com dez crianças hospitalizadas na Oncopediatria de um hospital referência em Pernambuco. Os dados foram coletados por um roteiro de entrevista semiestruturado e analisados pela análise de conteúdo de Bardin. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE nº 59542616.5.0000.5192. Resultados: a partir do estudo foram elencadas quatro categorias temáticas: A aprendizagem na classe hospitalar: a arte como atividade pedagógica; A Escola X A Classe Hospitalar: O espaço físico e suas acomodações; A classe hospitalar como alívio do tratamento; e O gosto pelos estudos. Conclusão: a Classe Hospitalar se revela como motivadora das crianças com câncer assim como propulsora para a aderência destas ao tratamento terapêutico.

Palavras Chave: Pediatria; Oncologia; Educação Especial.

1. INTRODUÇÃO

A doença crônica geralmente traz consigo onerosas particularidades. São enfrentados muitos problemas como: longos períodos de hospitalização, reinternações frequentes, terapêutica agressiva, muitas vezes com efeitos indesejáveis advindos do próprio tratamento, dificuldades pela separação dos membros da família durante as internações, interrupção das atividades diárias, limitações na compreensão do diagnóstico, desajuste financeiro, angústia, sofrimento, dor e medo constante da possibilidade de morte (FERREIRA et al., 2015).

Dentre a grande variedade de doenças crônicas, há o câncer, que embora seja discutido em termos gerais, não é uma patologia única, mas um conjunto de inúmeras doenças que têm como característica comum o crescimento desordenado das células, o qual pode acometer os mais variados órgãos e tecidos. Pode surgir em qualquer faixa etária, em ambos os sexos e ter diferentes causas, manifestações, tratamentos, e prognósticos, ocasionando medo, sofrimento e angústia ao sujeito e sua família (VIERO et al., 2014).

Ao ser acometido por um câncer, a criança acaba vivenciando fatores desgastantes e estressores do tratamento instituído, o qual exige hospitalizações frequentes e prolongadas, capazes de debilitá-la fisicamente e emocionalmente. Com isso, ela pode ter a identidade de “ser criança” perdida no processo de internamento, tendo em vista que ela vivencia uma realidade diferente do seu cotidiano e passa a ser tratada muitas vezes como mais um paciente (LEITE et al., 2015).

No Brasil, o câncer é a doença que mais mata crianças e adolescentes, realidade que se torna ainda mais devastadora em áreas distantes dos grandes centros do país, notadamente nas regiões Norte e Nordeste, as quais se encontram em desvantagem no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde e educação. Assim como em países desenvolvidos, no Brasil, o câncer já representa a primeira causa de morte por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos, estimando-se cerca de 12.600 casos novos de câncer em crianças e adolescentes no Brasil em 2016 e em 2017, anos de realização do estudo (PHILLIPS et al., 2015; BRASIL, 2015).

Quando uma criança é hospitalizada, ela não tem apenas o corpo físico afetado, mas o convívio com a família, amigos, e atividades cotidianas, como por exemplo, o brincar e ir à escola. No caso das neoplasias, os jovens acabam passando meses ou anos longes do processo de alfabetização (MOTA, 2013).

Diante da fragilidade do vínculo da criança e do adolescente hospitalizado com o processo de alfabetização na escola regular, a partir da década de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Resolução 41/95 dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Hospitalizados regulamentam a Classe Hospitalar. Esta é uma modalidade de atendimento pedagógico diferenciado em Educação Especial, em que a atuação do educador deve tanto atender às necessidades educativas da criança quanto respeitar seu ritmo pessoal e estado clínico (BRASIL, 1995; SILVA et al., 2015).

O propósito da Classe Hospitalar é proporcionar o atendimento pedagógico às crianças e aos adolescentes portadores de doenças crônicas, inclusive daqueles com neoplasia, em tratamento quimioterápico ambulatorial ou em internação, além de assegurar a manutenção dos vínculos escolares, devolvendo a criança para a sua escola de origem, com a certeza de que ela poderá se reintegrar ao currículo e aos colegas, sem prejuízo devido ao afastamento temporário para viabilizar o tratamento da doença. Com isso, a Classe possibilita o processo de desenvolvimento físico, cognitivo e emocional, para que estes não sejam interrompidos frente à doença, mas sim, que ganhe novas perspectivas frente à sua realidade atual (SANTANA; RABELO; CORREIA, 2014; ALVES et al., 2013).

Em Março do ano de 2015, em Recife, Pernambuco, foi inaugurada a primeira Classe Hospitalar do Estado, resultado do convênio assinado pelo Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco (HUOC/UPE), o Grupo de Ajuda à Criança Carente com Câncer – Pernambuco (GAC – PE) e a Prefeitura da cidade do Recife através do decreto de Ensino do Recife no Diário Oficial Municipal nº 28.622 em 06 de março de 2015. Inicialmente ela proporciona atendimento educacional especializado acerca de 30 crianças e adolescentes assistidos no Centro de Oncohematologia Pediátrica (PERNAMBUCO, 2015).

Não obstante a este cenário, após dois anos da implantação da classe hospitalar, surgiu a motivação para desenvolver este estudo, que tem objetivo compreender a percepção da criança com câncer sobre a Classe Hospitalar e suas vivências durante o processo de adoecimento.

2. MÉTODO

Estudo descritivo, de caráter exploratório, utilizando a abordagem qualitativa, desenvolvido com crianças matriculadas na Classe Hospitalar da Oncologia Pediátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife – PE.

Participaram do estudo dez crianças diagnosticadas com câncer, com idade de 6 a 12 anos, assistidas pela Classe Hospitalar e em internamento a partir do critério de saturação dos dados. Para a participação no estudo foi necessário o consentimento dos pais/responsáveis e a respectiva assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por estes; aceitação voluntária das crianças em participarem da pesquisa seguida a sua assinatura no Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) àqueles alfabetizados.

Foram excluídas as crianças que se encontravam fisicamente incapacitadas, devido às reações adversas ao tratamento. A coleta de dados foi realizada durante os meses de agosto e setembro de 2016, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado elaborado pelos pesquisadores, composto por questões norteadoras, concernentes à temática e adequadas ao entendimento das crianças. As entrevistas foram gravadas em audiotape, em seguida, transcritas para fins de análise e interpretação dos dados.

Para análise dos dados se utilizou a técnica de análise de conteúdo de Bardin, efetuada em três etapas:

1) pré-análise, fase em que se organizou o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as idéias iniciais, por meio de etapas: leitura flutuante, formulação das hipóteses e objetivos; referenciação dos índices e elaboração de indicadores, 2) exploração do material, para definição de categorias e identificação das unidades de registro, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro e exploração do material que consistiu numa etapa importante, possibilitou interpretações e inferências e 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretações que foi a fase destinada ao tratamento dos resultados; ocorreu a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (SILVA, A.H.; FOSSÁ, M.I.T, 2015).

Foram respeitadas as normas e diretrizes para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A fim de garantir o sigilo e anonimato dos sujeitos, eles foram identificados pelas iniciais dos seus nomes. Com aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa HUOC/PROCAPE, com CAAE de número: 59542616.5.0000.5192 (BRASIL, 2012).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da entrevista foi possível traçar o perfil sócio demográfico da amostra, essas informações foram analisadas por meio dos procedimentos de estatísticas descritivas, utilizando-se frequências e porcentagens.

De acordo com os dados apresentados, os extremos etários foram de 6 e 12 anos, com a média das idades de 9,4 anos. No que se refere ao sexo, não foi identificada predominância, pois o resultado encontrado foi semelhante para ambos. Em relação à região de origem, 30% correspondeu igualmente às áreas do Agreste, Região Metropolitana, e Outros Estados. No que diz respeito à Educação Escolar, foi identificado resultado semelhante de 50% entre pacientes oriundos de escola particular, e de escola pública.

A seguir perguntas e categorias alcançadas na perspectiva da análise de conteúdo de Bardin:

Primeira pergunta: “O que você faz e o que mais gosta de fazer na Classe Hospitalar?”, revelou a seguinte categoria: 1-A aprendizagem na classe hospitalar: a arte como atividade pedagógica.

A segunda pergunta: “É diferente sua escolinha da Classe Hospitalar? Se sim, em que é diferente?”, revelou a seguinte categoria: 2-A Escola X A Classe Hospitalar: O espaço físico e suas acomodações.

A terceira pergunta: “Se a Classe não existisse, faria falta para você? Por quê?”, revelou as seguintes categorias: 3-A Classe hospitalar como alívio do tratamento e 4-O gosto pelos estudos.

A APRENDIZAGEM NA CLASSE HOSPITALAR: A ARTE COMO ATIVIDADE PEDAGÓGICA.

Através dos discursos dos entrevistados foi possível perceber que a atuação pedagógica na Classe Hospitalar assume o trabalho de continuidade do aprendizado e da relação da criança com a escola regular durante a hospitalização.

“Faço tarefas e brinco. Eu gosto mais de pintar” (GAS, 8 anos de idade).

“Estudo uma tarefa. Gosto mais de pintar com pincel do que com lápis” (JRLS, 6 anos de idade).

“Faço atividade, e ainda tô fazendo as provas da antiga escola. Gosto mais de pintura” (PFFS, 11 anos de idade).

A Classe Hospitalar possibilita grande adaptação às necessidades de cada criança/adolescente, levando-os a sanarem dificuldades de aprendizagem e/ou à oportunidade da aquisição de novos conteúdos intelectivos, além de proporcionar a interação entre a escola regular e a própria Classe Hospitalar. Sendo responsável também por sustentar, quando possível, o retorno e a reintegração de seus alunos ao seu grupo escolar e social, já que o aluno pode vir a se sentir excluído de seu meio social devido ao tempo que precisou ficar afastado (SILVA et al, 2015; GONÇALVES et al, 2016).

As atividades realizadas na Classe, não estão relacionadas apenas aos conteúdos escolares, mas também a atividades que visam o desenvolvimento psíquico e cognitivo dos alunos. O uso da vertente lúdica, com a utilização da pintura, por exemplo, é um bom indicativo para o trabalho com crianças e adolescentes hospitalizados, pois instiga a curiosidade, a criatividade, e a busca pelo saber, além de favorecer a aquisição de informações de uma maneira simples e incisiva, contribuindo para uma mudança de hábitos e de comportamento. Estas atividades são muito importantes para o desenvolvimento intelectual e psicomotor das crianças (GONÇALVES et al, 2016; CARVALHO et al, 2015).

A ESCOLA X A CLASSE HOSPITALAR: O ESPAÇO FÍSICO E SUAS ACOMODAÇÕES

Ao imaginar como seria uma Classe de ensino em uma unidade hospitalar, espera-se que ela seja diferente da escola regular convencional, no que se refere ao espaço físico e no geral em suas acomodações. As crianças reconheceram essas mudanças quando questionados sobre a diferença entre a sua escola de origem e a respectiva Classe Hospitalar.

“É diferente. Lá a minha sala é grande e a daqui é pequena. A escola lá é grande e tem quadra pra eu brincar de pega pegou” (JRSI, 6 anos de idade).

“Sim. Porque as cadeiras são diferentes, as mesas também e o quadro na minha outra escola é grande. A mesa da professora aqui também” (EWSS, 8 anos de idade).

“Sim. O jeito da sala é diferente da minha outra” (PHS, 12 anos de idade).

O ambiente da Classe Hospitalar deve ser projetado com o propósito de favorecer o desenvolvimento e a construção do conhecimento dos seus alunos, respeitando suas capacidades e necessidades educacionais especiais individuais. A maioria dos hospitais não possui em sua estrutura física, um espaço projetado para Classes Hospitalares que proporcione às crianças/adolescentes um ambiente saudável que os estimulem a ter os estudos como uma atividade não apenas rotineira, mas prazerosa para o seu cotidiano. Por um lado, tal fato é compreensível se considerarmos que, do ponto de vista arquitetônico, os hospitais gerais não foram idealizados e/ou construídos contando com a existência de uma classe hospitalar em suas dependências, por outro lado, as adequações precisam ser pensadas e efetivadas (CARVALHO et al, 2015; ISSA, 2016).

A qualidade dos espaços físicos, instalações, os equipamentos e a adequação às suas finalidades, refletido na formação de uma Classe Hospitalar contribui para uma melhora significativa da experiência de uma internação, que na maioria das vezes causa medo e angústia. É ideal que a Classe proporcione um ambiente suficientemente bom, o qual consiga intermediar experiências e angústias, integralizando o atendimento hospitalar e pedagógico capazes de promover reconhecimento e respeito às necessidades intelectuais e de saúde para o desenvolvimento dos assistidos pela Classe (FONTES, 2012).

A CLASSE HOSPITALAR COMO ALÍVIO DO TRATAMENTO

A partir das respostas dadas pelas crianças, foi perceptível identificar o aproveitamento da Classe Hospitalar não só na continuidade dos estudos, mas também na oferta de momentos de distração e de quebra da ociosidade causada pelo ambiente hospitalar.

“Sim. Porque aqui eu fico sem fazer nada, o tempo demora a passar quando não estou na aula” (LSC, 12 anos de idade).

“Sim. Porque não tem coisa pra distrair, o tempo demora a passar” (EWSS, 8 anos de idade).

Várias vivências de um paciente em internamento são pausadas, e quando se tratam de pacientes pediátricos, por exemplo, a fase escolar é interrompida, o que faz com que a criança/adolescente deixe de participar de momentos importantes no que diz respeito à construção de relações sociais. A Classe Hospitalar facilita o retorno às práticas antecedentes no momento da hospitalização, ofertando a possibilidade de ampliar a perspectiva da situação vivenciada e a continuidade das atividades, fazendo com que o paciente se mantenha ativo na construção de suas relações sociais (PAULA, 2015; VASCONCELOS, 2014).

Para a criança o hospital representa um ambiente desconhecido, restrito de possibilidades de atividades como o brincar, sendo um lugar muitas vezes de solidão, tristeza, saudade de casa, dos familiares, dos amigos e colegas. É possível adquirir uma melhora da condição clínica ao estudar. As atividades da Classe visam à recuperação da saúde da criança o mais rápido possível, e oferece oportunidade de pós tratamento de câncer dar continuidade à sua vida, buscando a cura, mas concomitantemente o direito à educação com igualdade de condições para o acesso e permanência na escola (FREITAS et al, 2016; BRITO, PERINOTTO, 2015).

O GOSTO PELOS ESTUDOS

Mesmo com as modificações na rotina diária causada pela hospitalização, as crianças apresentaram bastante entusiasmo ao falarem o quanto gostavam dos estudos e das atividades escolares desenvolvidas na Classe.

“Sim. Porque eu gosto de fazer atividades, gosto dessas coisas. Se não tivesse não seria legal” (PLFS, 11 anos de idade).

“Sim. Porque eu gostava muito das aulas e gostava de estudar” (GAS, 8 anos de idade).

O atendimento na classe hospitalar tem se configurado com uma “ponte” entre as aprendizagens escolares e à reintegração da criança ao seu grupo escolar, mantendo assim o acesso à escola regular. É importante que a criança hospitalizada se perceba produtiva e com atividades semelhantes às demais. Como a escola é um espaço no qual a criança, além de aprender habilidades científicas, desenvolve e estabelece elos sociais diversos e distintas aprendizagens, ficar à margem desse espaço de vivências pode ser penoso para a criança hospitalizada (CAIRES, 2014).

Garantir a apropriação do conhecimento é função da escola e o conhecimento é direito de todos, porque foi produzido por todos, é o fortalecimento dos laços culturais, do estreitamento das relações, do processo de humanização, sendo assim, o ambiente da Classe Hospitalar, deve garantir ao aluno, mesmo hospitalizado, o acesso ao saber e ao conhecimento, pois, o processo de aprender é o processo de viver, isso significa estar no mundo, constantemente interagindo, conhecendo, produzindo, compartilhando e sentindo (KASPER, ROSA, 2016; MARQUES, 2013).

4. CONCLUSÃO

A compreensão sobre a percepção da criança com câncer matriculada na Classe Hospitalar apresentou-se bastante expressiva na superação dos desafios encontrados pelas crianças neste momento de fragilidade, em que o ritmo de vida é alterado e aparecem restrições impostas pela doença que impede o desenvolvimento de atividades cotidianas, neste contexto, a escolarização é um dos aspectos afetados, visto que a doença interfere na frequência às aulas e estabelece dificuldades na continuidade de aprendizado destas crianças.

A partir dos resultados, foi evidenciado que a ação pedagógica projetada pela classe hospitalar, mesmo com uma infraestrutura limitada, se revela como uma tarefa eficiente, responsável pela contribuição do

aumento da autoestima, da motivação das crianças e até da aderência destas ao tratamento terapêutico. A Classe representa para estas crianças uma ferramenta importante, que proporciona alegria, aprendizado, momentos de prazer, minimizando a dor frente ao tratamento, e à pausa de momentos importantes e valiosos da infância.

REFERÊNCIAS

- [1] ALVES, A. C. R. et al. Classe Hospitalar: um caminho possível para inserção, permanência e continuidade do processo educativo. *Pedagogia em Ação*, v. 2, n. 2, p. 69-78, 2013.
- [2] BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 04 mar. 2016.
- [3] BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- [4] BRASIL. Resolução nº 41. Direitos da criança e do adolescente hospitalizados. CONANDA. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 out. Seção I, p.16319-16320, 1995.
- [5] BRITO, L.S.; PERINOTTO, A.R.C. O brincar como promoção à saúde: a importância da brinquedoteca hospitalar no processo de recuperação de crianças hospitalizadas. *Revista Hospitalidade*. 2015; 11 (2): 291-315.
- [6] CAIRES, S.; ESTEVES, C.H.; CORREIA, S.; ALMEIDA, I. Hospital clowns as a strategy for the mitigation of childhood hospitalization experience. *Psico-USF*. 2014; 19 (3): 377-386.
- [7] CARVALHO, V.A.K.; PETRILLI, A.S.; COVIC, N.A. Educação Infantil na Escola Hospitalar: a construção dos saberes escolares. *Educação e Realidade*. 2015; 40 (4): 1209-1233.
- [8] FERREIRA, M. K. M. et al. Criança e adolescente cronicamente adoecidos e a escolarização durante a internação hospitalar. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 639-655, 2015.
- [9] FONTES, A.R. Pedagogia hospitalar: atividades lúdico-educativas no processo de humanização do Hospital Regional Amparo de Maria-Estância (SE). Universidade Tiradentes, 2012. Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/1009/DISSERTA%C3%87%C3%83O-PEDAGOGIA-HOSPITALAR.pdf?sequence=1>. Acesso em 04 mar. 2016.
- [10] FREITAS, N.B.C.; SANTOS, J.L.F.D.; ESTANISLAU, A.M.; PALITOT, R.M.; FONSÊCA, P.N.D. As percepções das crianças e adolescentes com câncer sobre a reinserção escolar. *Revista Psicopedagogia*. 2016; 33 (101): 175-183.
- [11] GONÇALVES, A.G.; GRANEMANN, J.L.; PACCO, A.F.R. Estudo Bibliométrico sobre a Formação de Professores Atuantes em Classe Hospitalar. *Criar Educação*. 2016; 5 (1): 1-16.
- [12] ISSA, R.M.; FERNANDES, E.M.; MACHADO, G.R. Espaços Pedagógicos em Ambiente Hospitalar. *Perspectivas em Diálogo: revista de educação e sociedade*. 2016; 3 (5): 131-142.
- [13] KASPER, A.A.; ROSA, S.B. Gestão em Ambientes não Escolares: O Pedagogo no Ambiente Hospitalar e suas Possíveis Contribuições para o Desenvolvimento da Criança Hospitalizada. *Revista da Mostra de Iniciação Científica da ULBRA Cachoeira do Sul*. 2016, 1 (1).
- [14] LEITE, M. A. V. S. et al. Brinquedoteca hospitalar: O lúdico como instrumento de mediação na recuperação de crianças enfermas. *Revista ELO – Diálogos em Extensão*, Viçosa, MG, v. 2, n. 1, p. 32 - 50, 2015.
- [15] MARQUES, E.H. Trabalho pedagógico no contexto hospitalar. XI Congresso Nacional de Educação. 2013; 6 (3): 151-162.
- [16] MOTA, S. F. T. Percepções dos acompanhantes das crianças e jovens hospitalizados (as) no hospital regional da asa sul sobre o trabalho pedagógico desenvolvido na classe hospitalar. 2013. 71 f. Monografia (Licenciatura em Pedagogia)- Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- [17] PERNAMBUCO, Secretaria Estadual de Saúde. Convênio traz escola a crianças do Ceonhpe. Informativo do Hospital Universitário Oswaldo Cruz 2015; II trim, ano XII.
- [18] PAULA, E.M.A.T.; ZAIAS, E.; SILVA, M.C.R. Políticas públicas em defesa do direito à educação: análise dos projetos de lei para expansão das classes hospitalares e atendimentos pedagógicos domiciliares no Brasil. *Revista Educação e Políticas em Debate*. 2015; 4 (1): 54-68.
- [19] PHILLIPS, S.M. et al. Survivors of childhood cancer in the United States: prevalence and burden of morbidity. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, v. 24, n. 4, p. 653-663, 2015.
- [20] SANTANA, L. A.; RABELO, F. S.; CORREIA, J. R. Pedagogia Hospitalar: Uma contribuição saudável no processo de alfabetização de crianças hospitalizadas. *Revista Tempos e Espaços em Educação*, v. 6, n. 10, p. 83- 93, 2014.

- [21] SILVA, A.H.; FOSSÁ, M.I.T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica*. 2015; 16 (1): 1-14.
- [22] SILVA, D. et al. A importância da pedagogia: educação e aprendizagem no contexto hospitalar. *EDUCERE - Revista da Educação, Umuarama*, v. 15, n. 1, p. 47-56, 2015.
- [23] VASCONCELOS, S.M.F. Histórias de formação de professores para a Classe Hospitalar. *Revista Educação Especial*. 2014; 1 (1): 27-40.
- [24] VIERO, V. et al. Enfrentamentos da criança com câncer frente ao afastamento escolar devido internação hospitalar. *Rev Enferm UFSM*, v. 4, n. 2, p. 368 - 377, 2014.

Capítulo 7

Câncer infantojuvenil: Caracterização a partir da classificação internacional da atenção primária

Thaís Maria Ribeiro Lima

Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros

Jessé Gomes Pereira

Vera Lúcia Lins de Moraes

Marcelo Lucas Justino da Silva

Jocasta Bispo Santana

Magaly Bushatsky

Resumo: Objetivo: caracterizar o câncer infantojuvenil conforme a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP-2) em uma unidade de referência em Recife, Pernambuco. Método: trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, com entrevistas realizadas com os pais/responsáveis pelos pacientes em 2015. A sintomatologia relatada foi classificada conforme a CIAP em sua segunda versão, sendo os dados analisados em medidas absolutas e relativas. Tem aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 42167315.4.0000.5208. Resultados: predominância do sexo masculino, entre 15-21 anos, residindo no estado de Pernambuco. Principais diagnósticos foram leucemia, tumores ósseos, linfomas, respectivamente. Conforme a CIAP-2, os sinais/sintomas mais citados foram os inespecíficos. Locais predominantes de suspeita do tumor foram as unidades de referência, sendo a atenção primária menos citada. Conclusão: o estudo demonstra a necessidade de sensibilização dos profissionais, principalmente da atenção básica, na identificação dos sinais e sintomas precoces no câncer infantojuvenil para subsidiar melhora no prognóstico.

Palavras Chave: Neoplasias; Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Epidemiologia; Atenção Primária à Saúde.

1. INTRODUÇÃO

O câncer infantojuvenil tem sua faixa etária compreendida até os 19 anos de idade, e corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais (INCA, 2019).

Este grupo de neoplasias é classificado em tumores líquidos ou hematológicos, representados pelas leucemias e linfomas, que juntas significam aproximadamente 40% dos cânceres infantojuvenis; e tumores sólidos, como os do Sistema Nervoso Central (SNC), neuroblastomas, retinoblastomas e osteossarcomas, entre outros (SOBOPE, 2015).

É estimado para cada ano do triênio 2020-2022, no Brasil, novos casos de câncer infantojuvenil, sendo 4.310 incidentes no sexo masculino, e de 4.150 para o sexo feminino. Dentre estes, calcula-se um risco estimado de 137,87 casos novos por milhão no sexo masculino, e de 139,04 por milhão para o sexo feminino. Enfatiza-se que, nestas estatísticas não são contabilizados os tumores de pele não melanoma, pois têm sua maior representatividade nos adultos (INCA, 2019).

Apesar de pouca representatividade numérica, esta neoplasia ganha destaque quando, no quadro de mortalidade, é considerada a primeira causa de morte por doença na faixa etária de 1 a 19 anos, em todas as regiões do Brasil, além de significar grande impacto físico e psicológico nas crianças e seus familiares (BRASIL, 2020).

Para minimizar este impacto, o diagnóstico precoce torna-se um aliado imprescindível ao melhor prognóstico. Estando a carga neoplásica e o processo carcinogênico em fases iniciais nesta faixa etária, quando tratadas, grande parte das neoplasias malignas são altamente curáveis. Assim, a cura pode ser alcançada em 80% dos casos com tratamentos menos agressivos, levando a efeitos colaterais menores (INCA, 2019).

A dificuldade no diagnóstico precoce é decorrente da apresentação clínica dos tumores pediátricos, que envolve sinais e sintomas de doenças comuns na infância e adolescência, como febre, vômito, tosse, constipação, cefaleia, linfadenopatia (> 2cm), hematúria e dores osteoarticulares ou abdominais (INCA, 2014).

O benefício do diagnóstico precoce no câncer infantojuvenil é evidente, pois dois terços dos cânceres nesta faixa etária são considerados curáveis desde que haja o correto encaminhamento inicial do paciente para os centros especializados. Desta forma, o diagnóstico não ocorre apenas nos níveis de alta complexidade, sendo fundamental a suspeição do câncer pelos profissionais da atenção básica, pois esta é considerada a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde (AZEVEDO *et al*, 2012).

Também é importante que os profissionais de saúde estabeleçam uma relação de confiança com a família, pois o diagnóstico da doença gera diversos conflitos emocionais não apenas na criança, mas em sua família, que vivencia esse processo de adoecimento e tratamento (ARAUJO *et al*, 2014; LIMA e SANTOS 2014).

Dessa forma, considera-se o câncer em crianças e adolescentes como um problema de saúde pública, de modo que, por representar uma importante posição no quadro de mortalidade, torna-se imprescindível o conhecimento dos sinais e sintomas e a qualificação do encaminhamento para o diagnóstico precoce pelos profissionais da atenção básica.

Assim, o estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico de crianças e adolescentes diagnosticados com câncer atendidos em um hospital de referência em Recife-Pernambuco, assim como levantar os principais sinais e sintomas iniciais dos pacientes oncológicos infantojuvenis conforme a Classificação Internacional de Atenção Primária – 2ª edição (CIAP-2).

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa realizado no Centro de Oncohematologia Pediátrico (CEONHPE) do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) em Recife, Pernambuco, nos setores de internamento e ambulatorial. A população do estudo foi composta por pais/responsáveis de pacientes que tiveram diagnóstico de câncer até os 19 anos de idade.

As entrevistas foram realizadas no período de abril a maio de 2015, sendo entrevistados 97 pais/responsáveis. Foram excluídos da pesquisa pacientes que estavam sob investigação diagnóstica, e os que apresentavam tumores benignos.

As variáveis de interesse quanto ao entrevistado foram sexo, faixa etária e renda salarial da família. Em relação ao paciente, as variáveis pesquisadas foram sexo, faixa etária, raça/cor (referida pelos entrevistados), estado de origem, presença de Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima à residência, diagnóstico, primeiros sinais e sintomas, local de suspeição do câncer, e presença de casos de câncer na família.

Quanto aos sinais e sintomas referidos pelos entrevistados, todos foram codificados através da Classificação Internacional da Atenção Primária, 2ª edição (CIAP-2). Sendo dividida em capítulos (representados por letras), cada um contempla alguns sinais e sintomas que serviram de base para o estudo.

No estudo, outras anemias não-especificadas foram consideradas como sinais e sintomas apesar da CIAP-2 classificá-la como outros diagnósticos, pois foi uma queixa bastante relatada pelos entrevistados.

Os dados obtidos foram tabulados por meio do software Microsoft Office Excel e analisados por meio do software Epi Info versão 3.5.2. Para análise estatística foram calculadas as medidas de frequência absoluta e relativa, expressos em gráficos e tabelas.

Foram obedecidos nesta pesquisa os preceitos da bioética registrados na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e suas complementares do Ministério da Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Antecedendo a realização da entrevista, foi necessário solicitar ao entrevistado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob CAAE 42167315.4.0000.5208.

3. RESULTADOS

Observou-se entre as crianças e adolescentes uma maior frequência do sexo masculino, 55 (56,7%), de raça/cor parda referida pelos entrevistados, 72 (74,2%); provenientes do estado de Pernambuco, 77 (79,4%), da região metropolitana e capital, 45 (58,4%). Quanto à idade, no local do estudo, houve um aumento da frequência dos tumores na faixa etária mais acentuada, 15 a 21 anos, representando 27 (27,8%) da amostra (Tabela 01).

Com relação à caracterização sociodemográfica dos acompanhantes, 86 (88,7%) eram do sexo feminino com faixa etária entre 30-50 anos, 63 (63,9%). A renda familiar mais frequente esteve entre 1-3 salários mínimos, 49 (50,5%), sendo 43 (44,3%) com renda menor que um salário.

Na dimensão clínica, a maioria dos pacientes estudados tinha o diagnóstico de leucemia, com 42 (43,3%), e em seguida os tumores ósseos malignos com 17 (17,5%) (Tabela 01).

Os linfomas representaram 10 (10,3%) das neoplasias, com frequência similar aos tumores do SNC com 9 (8,6%), seguido pelo retinoblastoma com 7 (7,2%) e sarcoma de partes moles com 5 (5,2%). Outros tumores malignos representaram 4 (4,1%), sendo um caso de síndrome hemofagocítica (HLH), um caso de tumor hepático, um caso de câncer de orofaringe, um caso de histiocitose, e um caso de agranulocitopenia crônica (Tabela 01).

O principal local de atendimento do diagnóstico do tumor mencionado pelos entrevistados foram as unidades de referência em tratamento oncológico, com 34 (35,1%). Em 24 (24,7%) o atendimento ambulatorial levantou a hipótese de neoplasia, referenciando o paciente para unidades hospitalares onde seria realizado o diagnóstico. 17 (17,5%) a suspeita ocorreu em unidades particulares, 7 (7,2%) nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e 11 (11,3%) não souberam informar ao certo onde ocorreu a suspeita de neoplasia devido ao longo percurso na busca do diagnóstico (Tabela 01).

Sobre o local de residência, 86 (88,7%) tinham cobertura assistencial da Atenção Primária à Saúde pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do SUS. No entanto, apenas 4 (4,1%) das suspeitas de neoplasia ocorreram através da atenção primária, sendo as mesmas realizadas nas Unidades de Saúde da Família (USFs) dos municípios de Santa Cruz da Venerada, Ipubi (02 pacientes) e Caetés (Tabela 01).

Quando questionados sobre a presença de câncer na família, 51 (52,6%) afirmaram que já houve neoplasia em outros membros da família e/ou parentes de até 3º grau (Tabela 01).

Tabela 01. Caracterização sociodemográfica e clínica de pacientes oncológicos infantojuvenis atendidos em uma unidade de referência, Recife-PE, 2015.

Variável	Frequência (n=97)	%
Sexo		
Masculino	55	56,7%
Feminino	42	43,3%
Faixa etária		
0 a 2	9	9,3%
2 a 5	17	17,5%
5 a 10	21	21,6%
10 a 15	23	23,7%
15 a 21	27	27,8%
Raça/cor (referida pelo responsável)		
Branco	20	20,6%
Pardo	72	74,2%
Negro	5	5,2%
Estado de origem		
Paraíba	13	13,4%
Pernambuco	77	79,4%
Alagoas	4	4,1%
Outros*	3	3,0%
Macrorregião (Pernambuco)		
Metropolitana e capital	45	58,4%
Agreste	12	15,6%
Sertão	11	14,3%
Vale do São Francisco e Araripe	9	11,7%
Diagnóstico		
Leucemia	42	43,3%
Tumores ósseos malignos	17	17,5%
Linfoma	10	10,3%
Tumores do SNC	9	9,3%
Retinoblastoma	7	7,2%
Sarcomas de partes moles	5	5,2%
Outros tumores**	5	5,1%
Local de suspeição		
Ambulatório	24	24,7%
Unidade referência	34	35,1%
Unidade particular	17	17,5%
Unidade Básica de Saúde (UBS)	4	4,1%
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	7	7,2%
Ignorado	11	11,3%
Houve caso de câncer na família?		
Sim	51	52,6%
Não	46	47,4%

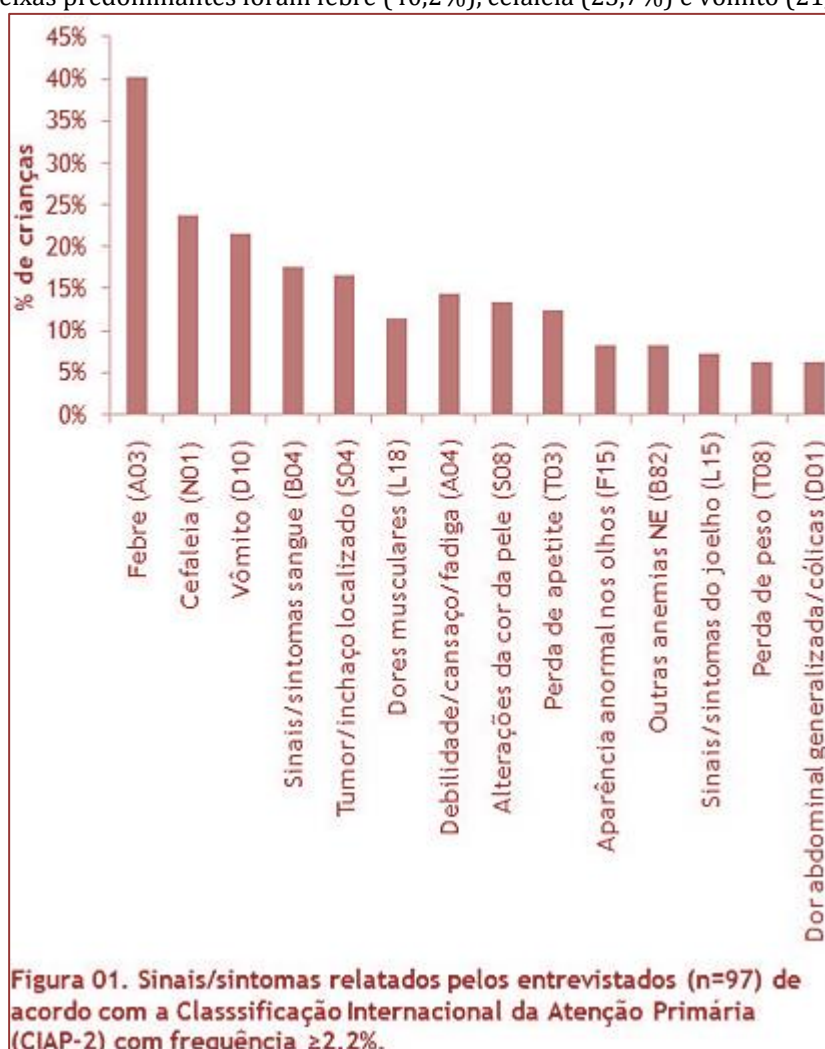
*Sergipe, São Paulo e Bahia. ** Síndrome hemofagocítica (HLH), tumor hepático, câncer de orofaringe, histiocitose e agranulocitopenia crônica.

Entre as sintomatologias referidas, 67 (24,5%) fazem parte do capítulo A, Sinais e Sintomas Gerais e Inespecíficos (A) (Tabela 02). Em seguida aparecem os sinais e sintomas digestivos (capítulo D) com 42 (15,4%) e os sinais e sintomas do sangue, sistema hematopoiético, linfático e baço (capítulo B) com 34 (12,5%).

Tabela 02. Frequência dos sinais e sintomas iniciais relatados pelos entrevistados de acordo com os capítulos da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP-2).

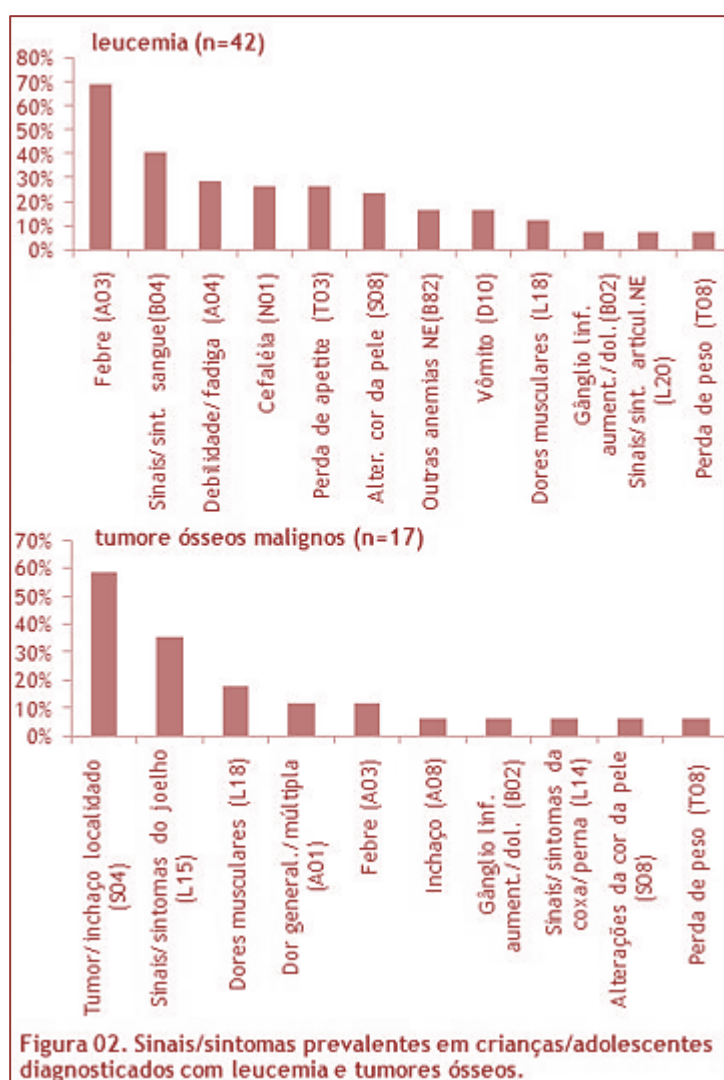
Capítulos da CIAP-2	Frequência (n=273)	%
Geral e inespecífico (A)	67	24,5%
Sangue, sistema hematopoiético, linfático e baço (B)	34	12,5%
Digestivo (D)	42	15,4%
Olho (F)	11	4,0%
Circulatório (K)	2	0,7%
Músculo-esquelético (L)	30	11%
Neurológico (N)	29	10,6%
Respiratório (R)	11	4,0%
Pele (S)	29	10,6%
Endócrino/metabólico e nutricional (T)	18	6,6%

A Figura 01 mostra as principais sintomatologias antes da confirmação diagnóstica de neoplasia. As queixas predominantes foram febre (40,2%), cefaleia (23,7%) e vômito (21,6%).



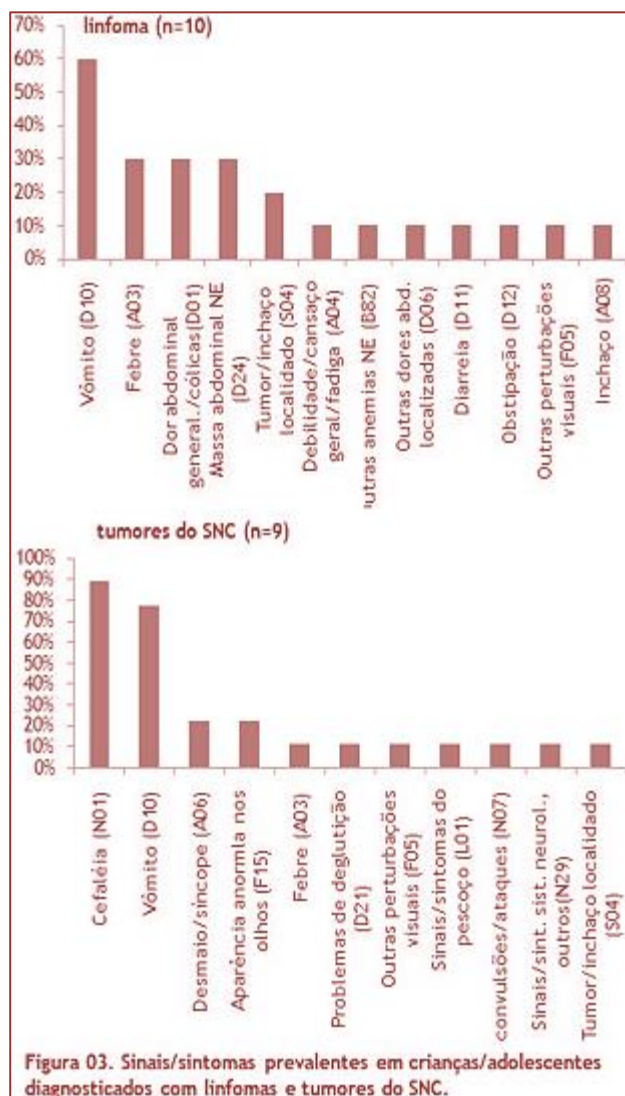
O estudo encontrou uma maior frequência de leucemia linfóide aguda (LLA), 25 casos (59,5%), seguidos pela leucemia mieloide aguda (LMA), 12 casos (28,6%), e leucemia mieloide crônica (LMC), 02 casos (4,8%). Ainda foram relatados 3 casos (7,1%) de leucemia nos quais o entrevistado não sabia a qual grupo pertencia. Entre os pacientes com diagnóstico confirmado para esta neoplasia, 29 (69,4%), relataram febre como principal sintoma, seguido por sinais/sintomas do sangue (hematomas provocados pela plaquetopenia), com 17 relatos (40,5%) (Figura 02).

Já os pacientes com tumores ósseos malignos, 10 (58,8%) relataram tumor localizado, estando a maioria dos casos associado a sinais/sintomas do joelho (dor), 6 (35,3%) (Figura 02).



As crianças e adolescentes com diagnóstico de linfoma apresentaram como sintoma principal o vômito, 6 (60%), sendo que febre, dor abdominal e massa abdominal não-especificada corresponde, cada uma, a 3 queixas (30%) (Figura 03).

A cefaleia e o vômito foram os principais sintomas dos pacientes acometidos por tumores do SNC, 8 (88,9%) e 7 (77,8%), respectivamente (Figura 03).



4. DISCUSSÃO

Uma das dificuldades do câncer infantojuvenil é seu diagnóstico precoce, justificada pela presença de sinais e sintomas inespecíficos e comuns a doenças prevalentes na infância (INCA, 2015). O estudo apresentou uma concordância com o já descrito no CIAP-2 (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, 2010), a qual os sinais e sintomas inespecíficos (capítulo A), no momento do diagnóstico, são prevalentes.

Na oncologia pediátrica, as leucemias são as neoplasias malignas de maior incidência no Brasil e no mundo. Sendo a principal causa de morte dentre as neoplasias infantojuvenis (1 a 19 anos) no Brasil, de 2001 a 2005, onde 1.897 óbitos em meninas e 2.539 em meninos. Em relação à mortalidade, em 2017, ocorreram no Brasil 4.795 óbitos por leucemia com uma taxa de bruta mortalidade de 4,75/100 mil homens e 4.401 óbitos com uma taxa bruta de 4,25/100 mil em mulheres (INCA, 2014)

Observa-se uma tendência decrescente da mortalidade por leucemias no Brasil, porém na faixa etária entre 15-19 anos apresentou aumento na taxa de mortalidade. De acordo com a mesma pesquisa não há protocolos específicos para tratar esta faixa etária, sendo tratados ora como pediátricos, ora como adultos, justificando a diminuição da sobrevida (FUNDATO *et al*, 2012).

Os principais sinais e sintomas associados aos tumores ósseos são o aumento regional de partes moles associado a dor óssea local. Como o osteossarcoma acomete principalmente o joelho, 6 (35,3%) queixas

foram de sinais/sintomas no joelho, como dor, vermelhidão e aumento da temperatura no local percebido à palpação (NELSON, *et al* 2009).

No estudo, os linfomas representam o terceiro tumor de maior frequência nas crianças e adolescentes, como também não foram encontrados pacientes diagnosticados com linfoma de Hodgkin, no entanto três pacientes não sabiam o subtipo do tumor.

A maioria dos linfomas não Hodgkin (LNHs) em crianças tem comportamento mais agressivo do que em adultos, o linfoma de Burkitt (LB) representa cerca de 40% de todos os LNHs que ocorrem na infância, sendo a maioria no sexo masculino com uma relação de 4:1 em relação ao sexo feminino, porém neste estudo esta relação foi de 1:2 (FREEDMAN e ASTER, 2009; AFANAS *et al*, 20011).

Foi observado uma alta prevalência de dor abdominal generalizada e massas abdominais, podendo estes sintomas pressionar estruturas como a medula, SNC, sistema gastrointestinal e veia cava, aumentando assim a frequência de sintomas como vômito e febre (INCA, 2014).

Os tumores do SNC representam a segunda neoplasia mais comum na infância, no entanto, é a causa mais comum de mortalidade (30%) por câncer na juventude, e a segunda maior causa de morte em crianças a partir do primeiro ano de vida, sendo superada apenas pelas causas externas (ARAÚJO *et al*, 2011). Porém, nesse estudo, a segunda neoplasia mais frequente foram os tumores ósseos, justificado pelo hospital ser referência no tratamento destes tumores sólidos.

A alta taxa de mortalidade dos tumores do SNC pode estar associada ao diagnóstico tardio, já que os principais sinais e sintomas encontrados no estudo, cefaleia (88,9%) e vômito (77,8%), 8 e 7 respectivamente, são considerados inespecíficos. Manifestações clínicas como tumoração, convulsões e pescoço lateralizado foram relatadas, cada uma, com menos frequência, 1 (11,1%).

De modo geral, a atenção às manifestações clínicas por parte dos profissionais de saúde é de grande importância, uma vez que um câncer não curado na infância pode representar uma perda de 70 anos de vida, enquanto no adulto seria de 20 anos (MICHALOWSKI *et al*, 2012).

Entre os serviços de saúde onde ocorreu a suspeita, as unidades de referência tiveram a maior prevalência. Com isto, pode-se deduzir o longo percurso no diagnóstico das neoplasias infantojuvenis. As UBSs, apesar da ampla cobertura assistencial, foram citadas por apenas 04 (4,1%) entrevistados. A atenção primária, como principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) deveria estar como prioridade para capacitações na detecção precoce dos sinais e sintomas e encaminhamento adequado dos pacientes.

5. CONCLUSÃO

Pôde-se constatar que o perfil dos pacientes admitidos na unidade de estudo eram predominantemente do sexo masculino na faixa etária de 15 a 21 anos, provenientes do estado de Pernambuco da região metropolitana e capital. Grande parte dos acompanhantes era do sexo feminino, entre 30-50 anos com renda familiar entre 1-3 salários mínimos.

Nas dimensões clínicas e assistenciais o principal diagnóstico foi a leucemia, seguido por tumores ósseos, linfoma, e SNC. O local de suspeição citado com maior frequência foram as unidades de referência. Apesar da grande cobertura assistencial das UBSs, a rede primária de atenção à saúde foi o local menos citado para a suspeita do tumor, mostrando a fragilidade da identificação da inespecificidade dos sintomas da oncologia pediátrica neste nível de atenção.

Nesse contexto, há necessidade da sensibilização dos profissionais da saúde, em especial da atenção básica, para um reconhecimento das sintomatologias iniciais provocadas pelos tumores pediátricos. Contribuindo assim, para a diminuição da mortalidade por câncer, melhorando o prognóstico do paciente e levando-os também a tratamentos menos agressivos.

REFERÊNCIAS

- [1] Afanas N, Carvalho M, Almeida M, Costa V, Silva I. Linfoma de Burkitt. *Acta Med Port* [Internet]. 2011; 24(5):735-738. Disponível em: <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/513/221>. Acesso em 20 mar 2015.
- [2] Araujo KN, Sousa ATO, França JRFS, Gomes IP, Figueiredo DCMM, Araújo GM. Percepções maternas acerca do enfrentamento diante do câncer infantil. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2014; 8(5):1185-91. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5350/9032>. Acesso em 19 mar 2015.
- [3] Araujo OL, Trindade KM, Tropieri NM, Fontenele JB, Felix FHC. Análise de sobrevida e fatores prognósticos de pacientes pediátricos com tumores cerebrais. *J pediatr (Rio J)* [Internet]. 2011; 87(5):425-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n5/v87n05a10.pdf>. Acesso em 20 mar 2015.
- [4] Azevedo MCCV, Lima KYN, Santos ADB, Monteiro AI. Atuação das equipes da atenção primária na identificação precoce do câncer infanto-juvenil. *Rev pesqui cuid fundam (Online)* [Internet]. 2012; 4(3):2692-01. Disponível em: http://www.repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/1/11736/1/AkamiIM_Team%20s%20performance%20im%20primary%20realth%20care%20on%20early%20identification%20of%20children%20s%20cancer_1863-11457-1-PB.pdf. Acesso em 20 mar 2015.
- [5] Freedman AS, Aster JC. Epidemiology, clinical manifestations, pathologic features, and diagnosis of Burkitt lymphoma. 2009. Uptodate. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-pathologic-features-and-diagnosis-of-burkitt-lymphoma>. Acesso em 20 mar 2019.
- [6] Fundato CT, Petrilli AS, Dias CG, Gutiérrez MGR. Itinerário terapêutico de adolescentes e adultos jovens com osteossarcoma. *Rev bras cancerol* [Internet]. 2012; 58(2):197-208. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v02/pdf/10_artigo_itinerario_terapeutico_adolescentes_adultos_jovens_osteossarcoma.pdf. Acesso em 20 mar 2015.
- [7] Lima KYN, Santos VEP. Processos de cuidar de crianças com câncer: uma pesquisa documental. *Rev enferm UFPE online* [Internet]. 2014; 8(10):3298-305. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4865/10410>. Acesso em 19 mar 2015.
- [8] Michalowski MB, Lorea CF, Rech A, Santiago P, Lorenzoni M, Taniguchi A, et al. Diagnóstico precoce em oncologia pediátrica: uma urgência médica. *Bol Cient Pediatr* [Internet]. 2012; 01(1):13-18. Disponível em: http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/131210152055bcped_12_01_04.pdf. Acesso em 19 mar 2015.
- [9] Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 23 mai 2020.
- [10] Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Instituto Ronald McDonald. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente. 2.ed. Rio de Janeiro: Inca; 2014.
- [11] Ministério da Saúde. Instituto de Câncer. Tipos de câncer. Rio de Janeiro: Inca; 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer>. Acesso em: 23 mai. 2020.
- [12] Ministério da Saúde. Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (SOBOPE). Câncer na criança e no adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade. Rio de Janeiro: Esdeva; 2008. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_crianca_adolescente_brasil.pdf. Acesso em 16 mar 2015.
- [13] NELSON, Waldo Emerson et al. Tratado de Pediatria. 18. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- [14] Organização Mundial de Médicos de Família. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2). [Internet]. Florianópolis: 2010. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf. Acesso em 20 mar 2015.
- [15] Silva FF, Zandonade E, Zouain-Figueiredo GP. Analysis of childhood leukemia mortality trends in Brazil, from 1980 to 2010. *J pediatr (Rio J)* [Internet]. 2014; 90(6):587-592. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v90n6/pt_0021-7557-jped-90-06-00587.pdf. Acesso em 20 mar 2015.
- [16] Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (SOBOPE). O câncer infantil. 2014. São Paulo: 2015. Disponível em: http://sobope.org.br/apex/f?p=106:13:14862983639279::NO::DFL_PAGE_ID:201. Acesso em: 23 mai 2020.

Capítulo 8

Avaliação da qualidade de vida em adolescentes com Câncer submetidos à quimioterapia ambulatorial em unidade de referência na cidade do Recife, Pernambuco.

Helana Maria Ferreira Renesto

Jessé Gomes Pereira

Vera Lúcia Lins de Moraes

Marcelo Lucas Justino da Silva

Maximiliano Heleno Alexandre Cunha

Jabiael Carneiro da Silva Filho

Resumo: Objetivo: Avaliar a qualidade de vida de adolescentes com câncer submetidos a quimioterapia ambulatorial em unidade de referência na cidade do Recife, Pernambuco.

Método: Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo, de abordagem quantitativa e transversal, com coleta de dados realizada no primeiro semestre de 2016. O instrumento utilizado para coleta de dados da pesquisa foi um questionário validado – PesdQL 4.0, sendo os dados analisados em medidas absolutas e relativas. Tem aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE 53942816.1.0000.5192. Resultados: Predominância do sexo masculino, faixa etária de 17 anos, principal diagnóstico foi leucemia, e médias gerais de capacidade física foi 66; domínio emocional, 61; domínio social, 74; domínio escolar, 58,2. Conclusão: Concluiu-se que em geral a qualidade de vida desses pacientes foram insatisfatórias, a não ser o domínio social com uma média geral de 74 pontos, trazendo uma pontuação satisfatória para qualidade de vida.

Descritores: Oncologia, Adolescência, Enfermagem, Quimioterapia. Qualidade de Vida.

1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma classe de doenças caracterizada pelo crescimento desordenado de células anormais e com grande poder invasivo. O câncer infantojuvenil (abaixo de 19 anos) é considerado raro quando comparado com os tumores do adulto, correspondendo entre 2% e 3% de todos os tumores malignos (INCA, 2019).

Baseado nas referências dos registros de base populacional (RBP) são estimados por ano no Brasil, mais de 9.000 casos novos de câncer infantojuvenil, sendo a Leucemia, o linfoma, e tumores do sistema nervoso central os que apresentam maior incidência. Em adolescentes, entre 15 e 19 anos, os principais tumores encontrados são os carcinomas, linfomas, leucemias e outras neoplasias epiteliais (KANANDA, 2014).

O câncer infantil se destaca como a mais importante causa de óbito nos países em desenvolvimento, e a segunda causa de morte entre crianças e adolescentes entre 1 e 19 anos no Brasil, com cerca de 8% de todas as causas de morte. Tendo em vista, que a primeira causa de morte nesta faixa etária deve-se a causas externas, violência e acidentes, o câncer já pode ser considerado a primeira causa de morte por doença nesse grupo (INCA, 2014).

A adolescência é um período marcado por várias transformações de ordem física, emocional e social como: mudanças corporais, crescimento físico e formação da identidade. A progressiva independência e autonomia em relação à família, além da ampliação das redes sociais. O diagnóstico de câncer e seu consequente tratamento são vistos, inicialmente, como uma tragédia para o adolescente e seus familiares, desencadeando muita ansiedade e aflição (WALKER et al., 2010).

O grande impacto começa com a trajetória de busca do diagnóstico e o momento de comunicação. Alguns autores referem que o adolescente passa por diversas fases desde negação da doença até sua aceitação. O diagnóstico traz mudanças importantes no modo de viver, com alterações físicas e emocionais e muitas são as imposições colocadas ao adolescente, a hospitalização, mudanças na sua rotina, na estrutura da família, o distanciamento dos amigos e da escola. (FORSAIT et al., 2009; TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Além daquelas relacionadas à própria doença, efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, radioterápico, e cirúrgico, severas mudanças na imagem corporal, como alopecia, perda ou ganho de peso, ou mesmo a amputação de um membro, como nos casos dos tumores sólidos, os adolescentes precisam lidar com sentimentos e emoções as mais variadas, desde medo, raiva, solidão, até alegria, alívio quando do sucesso de uma das etapas ao longo do tratamento (FAN; EISER, 2009; STILLWELL et al., 2010).

A fase final do tratamento do câncer infantojuvenil em linhas gerais prevê a quimioterapia a nível ambulatorial. Nesta etapa, tanto o adolescente quanto sua família reconhece alguns benefícios, dentre eles a redução do risco de infecção hospitalar, além de minimizar a ação dos agentes geradores de estresse comuns na hospitalização, sobretudo, a separação da família e amigos (ARTILHEIRO, 2011).

Os profissionais de saúde, em particular enfermeiros que estão sempre próximos aos adolescentes e seus familiares ao longo do tratamento oncológico, precisam ter sua atenção voltada não apenas aos aspectos clínicos do câncer e da quimioterapia, mas considerar outros aspectos do adoecimento, como dimensão psicossocial, com o objetivo de minimizar as repercussões negativas do câncer na qualidade de vida desses adolescentes (MALAGUTTI, 2011).

Diante desse contexto, e em todas as etapas desde o diagnóstico até o desfecho do tratamento, o adolescente e sua família precisam receber todo suporte psicossocial e ter a manutenção de sua qualidade de vida como objetivo comum dentro da equipe multiprofissional. Mesmo sendo muito amplo e tendo diferentes interpretações dentro da literatura científica, a qualidade de vida significa o valor que é atribuído à vida, ponderada pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos sob o ponto de vista do sujeito (SOUSA, 2014).

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritiva, de abordagem quantitativa e transversal. realizado na sala de Quimioterapia Ambulatorial do Centro de Oncologia e Hematologia Pediátrica (CEONHPE) do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) em Recife, Pernambuco. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2016, sendo avaliados 31 pacientes. Foram excluídos da pesquisa pacientes que não apresentassem condições emocionais para participar da pesquisa.

O instrumento utilizado para coleta de dados da pesquisa foi um questionário validado – PedsQL 4.0. O questionário PedsQL 4.0 foi traduzido e validado no Brasil MAPI Research Institute (MAPI-RI) e inclui quatro domínios: Físico (8 itens), emocional (5 itens), social (5 itens) e domínio escolar (5 itens), total de

23 itens de perguntas. Cada item tem uma pontuação de 0-4 em uma escala do tipo Likert, onde 0= nunca, 1= quase nunca, 2= algumas vezes, 3= muitas vezes, 4= quase sempre (VARNI et al., 2001).

Os dados sócio demográficos, e relacionados à história da doença, bem como os dados sobre a qualidade de vida foram digitados em uma planilha do programa *Microsoft Excel for Windows 2007*, trabalhados estatisticamente por meio de frequência absoluta e relativa, e apresentados através de gráficos e tabelas. Para a interpretação dos escores gerados pelo questionário, foram utilizadas as normas recomendadas pelo manual do PedsQL 4.0 (VARNI et al, 2002).

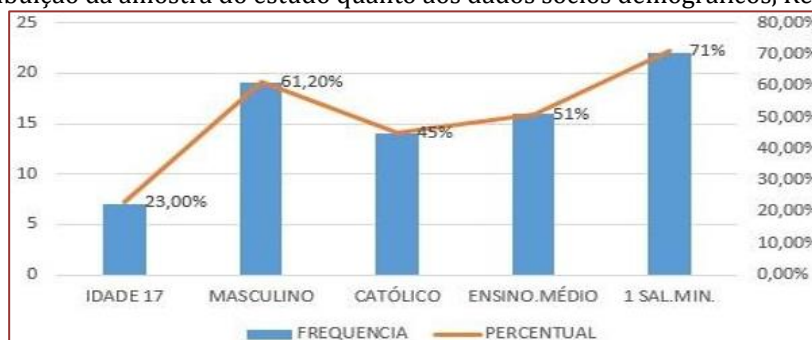
Uma escala linear inversa de 0-100 foi operacionalizada, onde cada resposta recebe um valor de pontuação. De acordo com o PedsQL a maior pontuação representa melhor estado clínico. Com média de boa qualidade de vida em **70** pontos. Os escores de cada variável são somados e divididos pelo número de escores respondidos, representando a média de pontos do grupo. Como demonstrado no quadro abaixo. (VARNI et al, 2002).

Foram obedecidos nesta pesquisa os preceitos da bioética registrados na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e suas complementares do Ministério da Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Antecedendo a realização da entrevista, foi necessário solicitar ao entrevistado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) com nº do CAAE 53942816.1.0000.5192.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população do estudo foi composta por 53 adolescentes em quimioterapia ambulatorial, porém, houve alguns, que por motivos desconhecidos, se negaram a responder o questionário ou que seus responsáveis legais não estavam presentes e ou, se negaram a assinar o termo de consentimento/assentimento, totalizando uma amostra de 31 adolescentes dentro dos critérios para o estudo.

Figura 01- Distribuição da amostra do estudo quanto aos dados sócios demográficos, Recife- PE, 2016.



Na distribuição verificou-se maior concentração na faixa etária de 17 anos (23%). Verifica-se que mais da metade concluíram o ensino médio. Quanto à renda familiar, 71% referiu renda igual há um salário mínimo mensal (Figura 01).

Figura 02- Distribuição da amostra do estudo quanto ao tipo de câncer, Recife- PE, 2016.



Foi verificado que 52% da amostra teria diagnóstico de LLA e tempo de tratamento de 2 – 4 anos. Segundo Souza (2012), as doenças neoplásicas são a principal causa de morte nesta faixa etária e quase a metade dessas neoplasias são hematológicas, com destaque para as leucemias. A leucemia consiste em proliferação irrestrita de leucócitos imaturos nos tecidos hematopoiéticos do organismo, não tendo, na sua maioria, origem definida. Tem como principal característica o acúmulo de células jovens na medula óssea e, conseqüentemente, na corrente sanguínea, sendo considerada a causa mais comum de câncer na infância e sua transição para adolescência.

Lembrando que o fator importante em relação ao câncer infantojuvenil é o diagnóstico precoce para que o tratamento seja prontamente iniciado. Na amostra o tratamento varia em 2-4 anos atrás, conforme a apresentação na figura 02, podem se manifestar dependendo do tratamento utilizado, e da idade da criança ao ser exposta ao tratamento.

Tabela 1- Distribuição da amostra do estudo quanto a avaliação das atividades e dificuldades, Recife- PE, 2016.

Dificuldade para andar		
Nunca	14	45%
Quase nunca	3	10%
Algumas vezes	9	29%
Muitas vezes	3	10%
Quase sempre	2	6,40%
Dificuldade para correr		
Nunca	6	19,30%
Quase nunca	4	13%
Algumas vezes	11	35,40%
Muitas vezes	2	6,40%
Quase sempre	8	26%
Dificuldade para praticar esportes		
Nunca	12	39%
Quase nunca	1	3,20%
Algumas vezes	6	16%
Quase sempre	3	10%
Muitas vezes	10	32%
Dificuldade para pegar coisas pesadas		
Nunca	8	26%
Quase nunca	6	19%
Algumas vezes	4	13%
Muitas vezes	6	19%
Quase sempre	7	23%
Total	31%	100%

De acordo com a tabela acima observa-se que 45% não apresentava dificuldades para andar, em contrapartida podemos verificar que 29% teria algumas vezes dificuldades no andar, e 35,4% teria algumas vezes dificuldade para correr. Segundo Bianchi (2013), existe uma grande relação na dificuldade do andar e correr referente às limitações que o tratamento provoca, alterações no desempenho físico ocasionada por amputações ou sequelas causadas por procedimentos cirúrgicos, além dos distúrbios que os quimioterápicos pode ocasionar na forma cognitiva do adolescente.

Ainda na análise dos gráficos podemos ver uma correlação entre as informações de praticar esportes e pegar coisas pesadas, 39% não teria dificuldades de praticar esportes e 26% não teria dificuldade de pegar coisas pesadas, onde o oposto da resposta foi evidenciado também em 32% teria dificuldades de praticar esportes e 23% teria dificuldade de pegar coisas pesadas esses extremos são explicados com a abordagem que foi o tratamento de forma individual e suas devidas intervenções (BIANCHI, 2013).

Tabela 2- Distribuição da amostra do estudo quanto a avaliação das atividades e dificuldades, Recife- PE, 2016.

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Dificuldade para tomar banho		
Nunca	27	88%
Quase nunca	3	9,50%
Algumas vezes	0	0%
Muitas vezes	0	0%
Quase sempre	1	3,20%
Dificuldade para ajudar nas tarefas		
Nunca	19	61,20%
Quase nunca	3	9,60%
Algumas vezes	6	19,40%
Muitas vezes	2	6,60%
Quase sempre	1	3,20%
Sente dor		
Nunca	14	45%
Quase nunca	7	23%
Algumas vezes	8	26%
Quase sempre	0	0%
Muitas vezes	2	6%
Tem energia e disposição		
Nunca	11	35,40%
Quase nunca	6	19,30%
Algumas vezes	7	22,50%
Muitas vezes	3	9,80%
Quase sempre	4	9,80%
Total	31	100%

A tabela acima ainda evidencia as dificuldades do desempenho físico e a realização de algumas atividades. 88% relatou nunca ter dificuldade ao tomar banho, 61,2% não sentia dificuldade para ajudar nas tarefas domésticas, 45% não sentia dor, e em relação à energia e disposição, 35,4% informaram nunca ter tido. Mas em contrapartida, 26% e 22,5% disseram que algumas vezes sente dor e não tem energia respectivamente. Segundo Alegrance (2010), dor, fadiga e insônia, sintomas apontados com maior frequência em ambos grupos são produtores de morbidades psicológicas e sociais, visto que causam grande impacto direto no autocuidado, nas atividades domésticas, vocacionais, de lazer e sexual. Como o tempo que avaliamos a qualidade de vida desses pacientes foram a nível ambulatorial, onde os mesmos já teriam se inserido no seu convívio social e familiar apresentando uma boa qualidade de vida.

Tabela 3- Pontuação média de Qualidade de vida no domínio capacidade física, Recife-PE, 2016.

Variável	Pontuação
Dificuldade para andar	63,4
Dificuldade para correr	48
Dificuldade para praticar esportes	47,1
Dificuldade para pegar coisas pesadas	45,1
Dificuldade para tomar banho	90,3
Dificuldade para ajudar nas tarefas	98
Dor	73
Tem energia e disposição	63,4
Média geral domínio capacidade física	66

De acordo com a pontuação dos itens, aqueles com valores de pontuação próximos de 100 indicam melhor qualidade de vida, sendo uma boa qualidade de vida quando o item tem valor acima de 70 pontos.

Após análise da média de pontuação, foi observada que a média final do domínio capacidade física refletiu em 66, o que indica qualidade de vida insatisfatória. A capacidade de pegar coisas pesadas têm pontuação mais baixa, e capacidade de ajudar em tarefas do cotidiano teve a pontuação mais alta com 98 pontos, indicado melhor estado clínico. O que pode representar o desejo dos adolescentes em voltar a executar atividades rotineiras do seu dia-a-dia, que anteriormente foram privados em função da hospitalização prolongada ou limitações impostas pelo tratamento inicial, o que já não se observa na fase de

quimioterapia ambulatorial, onde o adolescente está sendo reinserido no convívio com familiares e amigos, e submetido a esquemas de quimioterapia menos agressivos.

Tabela 4- Distribuição da amostra do estudo quanto ao domínio emocional, Recife- PE, 2016.

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Sentir medo		
Nunca	14	45%
Quase nunca	6	16%
Algumas vezes	7	23%
Muitas vezes	2	6%
Quase sempre	3	9,60%
Sentir triste		
Nunca	8	26%
Quase nunca	5	16%
Algumas vezes	12	38,70%
Muitas vezes	2	6,40%
Quase sempre	4	12,90%
Sentir raiva		
Nunca	9	29%
Quase nunca	3	10%
Algumas vezes	7	23%
Quase sempre	8	26%
Muitas vezes	4	13%
Durmo bem		
Nunca	20	64,50%
Quase nunca	1	3,20%
Algumas vezes	6	19,30%
Quase sempre	2	6,50%
Muitas vezes	2	6,50%
Preocupa-se com o que vai acontecer		
Nunca	11	35,40%
Quase nunca	3	9,60%
Algumas vezes	6	19,30%
Quase sempre	7	22,70%
Muitas vezes	4	13%
Total	31	100%

Quanto ao aspecto emocional, 45% dos entrevistados relataram nunca sentir medo, mas algumas vezes 23% evidencia sentir medo, mas isso é comum em relação a todo processo vivenciado pelo paciente. 38,7% disse que algumas vezes se sentiu triste, em relação à raiva 29% nunca sentiu, mas 26% que é um percentual que chama atenção, informou que quase sempre tem o sentimento de raiva, o percentual em relação a dormir bem, apresentou um percentual 64,5% de nunca ter dificuldade para conciliar o sono, 35,4% nunca se preocupa com que vai acontecer, mas quase sempre 22,7% se preocupa.

Dar apoio emocional para ao paciente e familiares compreende-se estar disponível quando necessário, conversando, escutando, encorajando, dedicando-se. No diálogo vivido entre enfermeira, mães e crianças com câncer, a Enfermagem manifesta-se de várias formas, ouvindo, dando conforto, carinho e atenção, esclarecendo dúvidas, estando presente, proporcionando momentos de descontração e relaxamento, e conforto espiritual, ajudando no cuidar de seus filhos. A representatividade da doença oncológica pode ser observada a partir dos sentimentos conflituosos em diversos momentos do tratamento, tais como: medo, insegurança, cansaço, espiritualidade, entre outros (SILVA, et al., 2009).

A atuação da enfermagem, que se traduz em atenção, objetividade, solicitude, tem significado relevante para os familiares e pacientes pediátricos portadores de doença oncológica, pois os possibilita sentirem-se acolhidos e respeitados. Desse modo, conclui-se que uma assistência de enfermagem pautada na humanização durante o tratamento deste tipo de cliente, extensiva aos seus familiares, é de grande relevância (SILVA, et al., 2009).

Tabela 5- Pontuação média de Qualidade de vida no domínio emocional, Recife-PE, 2016.

Variáveis	Pontuação
Sentir medo	68,2
Sentir triste	53,6
Sentir raiva	50
Durmo bem	75,9
Se preocupa com o que vai acontecer	57,6
Média geral do domínio emocional	61

Entre as variáveis que avaliam o domínio emocional a única que representa uma boa qualidade de vida é a capacidade de dormir bem com 75,9 pontos. Aquela que teve a menor pontuação, tendo impacto negativo na qualidade de vida foi a raiva. A média geral do domínio emocional também se manteve insatisfatória com 61 de pontuação.

Tabela 6- Distribuição da amostra do estudo quanto a avaliação dos aspectos sociais, Recife- PE, 2016.

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Conviver com outras crianças		
Nunca	26	84%
Quase nunca	1	3,20%
Algumas vezes	2	6,40%
Muitas vezes	1	3,20%
Quase sempre	1	3,20%
Fazer amigo		
Nunca	22	71%
Quase nunca	3	9,60%
Algumas vezes	4	12,90%
Muitas vezes	0	0%
Quase sempre	2	6,40%
As crianças implicam com você		
Nunca	20	64,50%
Quase nunca	4	12,90%
Algumas vezes	6	16,10%
Quase sempre	0	0%
Muitas vezes	2	6,40%
Dificuldade de fazer coisas		
Nunca	11	35,50%
Quase nunca	6	16,10%
Algumas vezes	12	38,70%
Quase sempre	1	3,20%
Muitas vezes	2	6,40%
Dificuldade de acompanhar crianças		
Nunca	13	41,90%
Quase nunca	4	12,90%
Algumas vezes	8	25,80%
Quase sempre	3	9,60%
Muitas vezes	3	9,60%
Total	31	100%

Diante dos resultados da tabela acima os participantes informaram nunca ter dificuldade para conviver com outras crianças, nem fazer amigos, 64,5% relataram que as crianças não implicam com os mesmos, porém 38,7% sentiram dificuldade de fazer as coisas que outras crianças costumam fazer, devido a suas limitações muitas vezes por causa do tratamento realizado e até mesmo ao impacto psicológico do diagnóstico, 41,9% nunca tiveram dificuldade para acompanhar outras crianças.

O aspecto social é uma estratégia que traz benefícios para a saúde física e emocional dos pacientes, estando diretamente relacionado com a adaptação psicossocial e a qualidade de vida, como também é capaz de proteger dos efeitos danosos da doença. Um adequado suporte social está relacionado com o

aumento das atividades sociais e baixa incidência de sentimentos de abandono e isolamento. Assim, a falha no suporte social pode estar associada ao desenvolvimento, pois apresentam déficits na vida social. (ALEGRANCE, et al 2010).

Tabela 7- Pontuação média de Qualidade de vida no aspecto social, Recife-PE, 2016.

Variáveis	Pontuação
Conviver com outras crianças	84,6
Fazer amigo	83,6
As crianças implicam com você	78,8
Dificuldade de fazer coisas	60,9
Dificuldade de acompanhar crianças	62,9
Média geral do domínio social	74

Entre as variáveis que avaliam o aspecto social aquela que teve a menor pontuação, tendo impacto negativo na qualidade de vida foi a dificuldade de fazer as coisas que outras crianças fazem e a dificuldade de acompanhar as mesmas. A média geral do domínio emocional também se manteve satisfatória com 74 de pontuação.

Tabela 8- Distribuição da amostra do estudo quanto a avaliação do desempenho escolar, Recife- PE, 2016.

Variáveis	Frequência	Percentagem
Dificuldade de prestar atenção		
Nunca	20	64,50%
Quase nunca	3	9,60%
Algumas vezes	3	9,60%
Muitas vezes	1	3,20%
Quase sempre	4	12,90%
Esquece das coisas		
Nunca	7	22,50%
Quase nunca	6	16%
Algumas vezes	9	29%
Muitas vezes	2	6,40%
Quase sempre	8	25,80%
Dificuldade de acompanhar a turma na sala de aula		
Nunca	17	54,80%
Quase nunca	1	3,20%
Algumas vezes	7	22,50%
Quase sempre	3	9,60%
Muitas vezes	3	9,60%
Faltar por não estar bem		
Nunca	13	41,90%
Quase nunca	2	6,40%
Algumas vezes	8	25,80%
Quase sempre	4	12,90%
Muitas vezes	4	12,90%
FALTAR PARA IR AO MÉDICO		
Nunca	1	3,20%
Quase nunca	5	16%
Algumas vezes	12	38,70%
Quase sempre	6	19,30%
Muitas vezes	7	22,50%
Total		100%

Tabela 9- Pontuação média de qualidade de vida no domínio escolar, Recife-PE, 2016.

Variáveis	Pontuação
Dificuldade de prestar atenção	78,8
Esquecer das coisas	56,7
Acompanhar a turma na sala de aula	63,4
Faltar por não estar bem	59,6
Faltar para ir ao médico	32,6
Média geral do domínio escolar	58,2

Entre as variáveis que avaliam o domínio escolar aquela que teve a menor pontuação, tendo impacto negativo na qualidade de vida foi faltar para ir ao médico trazendo dificuldade no desenvolvimento do aprendizado. A média geral do domínio emocional também se manteve insatisfatória com 58,2 de pontuação.

Os resultados da tabela acima evidenciam as principais dificuldades sobre o desempenho escolar dessas crianças.

Em geral, o desempenho escolar teve uma pontuação insatisfatória em relação a boa qualidade de vida (LOPES, et al., 2000).

Os autores têm mostrado que as crianças tratadas de câncer têm uma maior incidência de problemas relacionados à escolaridade do que as demais crianças. Por exemplo, crianças tratadas por leucemia que receberam radioterapia apresentam menor desempenho escolar, piora na concentração, menos energia, maior inibição, menor coragem para tentar novas coisas, menos emoção. Um trabalho realizado com as crianças tratadas de leucemia, mostrou que 50% delas apresentam problemas de aprendizado após cinco anos do término do tratamento, e 61% apresentaram concentração diminuída. Desajustes psicológicos parecem ser relativamente independentes da morbidade do tratamento sofrido, porém aspectos ligados ao desempenho escolar estão claramente associados aos dias que deixaram de frequentar salas de aula. As crianças nestes casos tendem a mostrar sintomas de depressão, e os trabalhos geralmente associam esses sintomas com o período de hospitalização durante o tratamento (LOPES, et al., 2000).

Tabela 10- Média da pontuação dos domínios de qualidade de vida, recife-pe, 2016.

Domínios	Pontuação
Domínio físico	66
Domínio emocional	61
Domínio social	74
Domínio escolar	58,2

4. CONCLUSÃO

A qualidade de vida dos pacientes em estudo foi insatisfatória, a não ser o domínio social que ficou com uma pontuação de 74 pontos, trazendo uma pontuação satisfatória para qualidade de vida. Os tratamentos hoje oferecidos são de suma importância, porém, a atenção dada aos aspectos ainda tem que ser mais desenvolvida e praticada. Segundo o INCA (2008), as crianças e adolescentes devem receber atenção integral, sendo inseridos no seu convívio social e familiar, desta forma teremos uma melhoria na qualidade de vida. A cura não deve se basear somente na recuperação biológica, mas também no bem-estar e na qualidade de vida do paciente.

A enfermagem por ser o elo entre a equipe multiprofissional, tem um papel de suma importância. Nesse sentido, a atuação deste profissional na oncologia demanda além do conhecimento técnico e científico, afetividade na oferta do cuidado à criança e à família visando a promoção da saúde, qualidade de vida, conforto e bem-estar dos mesmos. Para tanto, o enfermeiro deve estar atento às singularidades e particularidades da criança e da família que se encontram sob seus cuidados, para assim, agir de maneira consciente, reflexiva e crítica no atendimento de suas necessidades.

O cuidado com o cliente com câncer é complexo, pois envolve múltiplos aspectos. Nesse contexto é importante que o enfermeiro articule saberes e práticas, busque aperfeiçoamento em oncologia e tenha habilidades para gerenciar o cuidado de enfermagem. Este, quando realizado considerando as tecnologias

em saúde, é capaz de resolver problemas, estreitar vínculos e favorecer a corresponsabilidade nas relações de cuidado (SILVA, et al., 2013).

REFERÊNCIAS

- [1] ARTILHEIRO A. N. S.; ALMEIDA F.A.; CHACON J.M.F. Uso do brinquedo terapêutico no preparo de crianças pré-escolares para quimioterapia ambulatorial. *Acta paul. enferm.* 2011; 24 (5): 611-616.
- [2] CARDOSO, F.T. Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo. *Rev SBPH.* 2007; 10(1):26-52.
- [3] FAN, S. Y.; EISER, C. (2009). Body image of children and adolescents with cancer: A systematic review. *Body Image*, 6(4), 247- 256.
- [4] FORSAIT S., et al. Impacto do diagnóstico e do tratamento de câncer e de aids no cotidiano e nas redes sociais de crianças e adolescentes. *Arq Bras Ciên Saúde.* 2009 Jan-Abr; 34(1):6-14.
- [5] JESUS, I.Q; BORGES, A.L.V. Quimioterapia em crianças e adolescentes: relato de experiência da implantação da quimioteca. *Fundação Orsa. Rev Saúde Coletiva.* 2007; 3(13):30-4.
- [6] KANDA M. H., et al. A percepção dos familiares cuidadores sobre o tratamento quimioterápico em crianças e adolescentes. *Cogitare Enfermagem* 2014; 19(1); 84-88.
- [7] LOPES, L. F.; CAMARGO, B. de; BIANCHI, A. Os efeitos tardios do tratamento do câncer infantil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 46, n. 3, p. 277-284, 2000.
- [8] MALAGUTTI W., et al. *Oncologia Pediátrica: uma abordagem multiprofissional.* São Paulo: Martinari, 2011.
- [9] Ministério da Saúde. Instituto de Câncer. Tipos de câncer. Rio de Janeiro: Inca; 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer>. Acesso em: 23 mai. 2020.
- [10] Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 23 mai 2020.
- [11] Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Instituto Ronald McDonald. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente. 2.ed. Rio de Janeiro: Inca; 2014.
- [12] SILVA P.B.; LOPES M.; TRINDADE L.C.T., et al. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Rev Dor* 2010;11(4):282-8.
- [13] SILVA, F. A. C, et al. Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 13, n. 2, p. 334-41, 2009.
- [14] SILVA, T. P, et al. Cuidados de enfermagem à criança com câncer: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 3, n. 1, p. 68-78, 2013.
- [15] SIMEÃO S.F.A.P., et al. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013; 18(3):779-88.
- [16] SOUSA M. L. X. F., et al. Adentrando em um novo mundo: significado do adoecer para a criança com câncer. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 23(2):391-9.
- [17] STILLWELL S. B, et al. Evidence-based practice, step by step: asking the clinical question: a key step in evidence-based practice. *Am J Nurs.* 2010;110(3):58-61.
- [18] TEIXEIRA L. A.; FONSECA C.O., De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2007.
- [19] VARNI, J. W. et al. The PedsQL in pediatric cancer: reliability and validity of the pediatric quality of life inventory generic corescales, multidimensional atigue scale, and cancer module. *Cancer, Willey*, v. 94, n. 7, p. 2090-2106, Apr. 2002.
- [20] VARNI, J. W.; SEID, M.; KURTIN, P. S. PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Med. Care, Philadelphia*, v. 39, n. 8, p. 800-812, aug. 2001.
- [21] VARNI, J. W.; SEID, M.; RODE, C. A. The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Medical Care*, v. 37, p. 126-139, 1999.
- [22] WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):1403-9.

Capítulo 9

Câncer infantojuvenil: Conhecimento dos profissionais da estratégia de saúde da família de um município da zona da mata de Pernambuco

Thaynara Fernanda Soares da Silva

Ana Wladia Silva de Lima

Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros

Magaly Bushatsky

Vera Lúcia Lins de Moraes

Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho

Resumo: Identificar o conhecimento dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre o câncer infantojuvenil, e associar a participação em alguma capacitação na temática. Método: Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado de junho a setembro de 2016 com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Vitória de Santo Antão-PE. Utilizou-se um questionário estruturado e a análise dos dados deu-se por medidas absolutas e relativas e por associações estatísticas com significância para os valores de $p < 0,05$. Resultados: Participaram da pesquisa 143 profissionais da Estratégia de Saúde da Família, sendo mais prevalentes os Agentes Comunitário de Saúde, 48,95% (70/143), com 83,22% (119/143) dos profissionais já tendo participado de capacitação referente à temática. Na questão sobre os sinais e sintomas do câncer infantojuvenil, as alternativas referentes ao linfoma ($p = 0,002$), ao neuroblastoma ($p = 0,001$) e ao tumor de Wilms ($p = 0,001$) apresentaram significância estatística. Conclusão: Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município em estudo, mostraram fragilidades no conhecimento dos sinais e sintomas do linfoma, do neuroblastoma e do tumor de Wilms, quando não participaram de uma capacitação sobre o câncer infantojuvenil. Porém apresentaram conhecimentos em relação à sintomatologia da leucemia, do retinoblastoma e do tumor do SNC, além dos fatores que contribuem para o diagnóstico tardio, e ações de cuidados primários à saúde que poderiam ser realizadas para reduzir o tempo desse diagnóstico.

Palavras-Chave: Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Neoplasias; Atenção Primária à Saúde.

1. INTRODUÇÃO

O câncer infantojuvenil é uma doença que requer bastante atenção devido ao seu posicionamento no quadro de mortalidade, colocando-se como primeira causa de morte por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos de idade. Contudo, possui bom prognóstico quando o tratamento é iniciado de forma precoce (MS, 2011; INCA, 2020).

Estima-se para o triênio 2020-2022, aproximadamente, 4.310 casos novos no sexo masculino, e de 4.150 para o sexo feminino de câncer infantojuvenil no Brasil (BRASIL, 2019).

Nessa perspectiva, o diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil é importante para aumentar o índice de cura da doença, estimando-se que 80% dos casos de neoplasias, quando descoberta em seu início, concomitantemente ao tratamento adequado para o tipo de câncer, possuem perspectiva de um bom prognóstico e aumento da sobrevida (INCA, 2020).

O diagnóstico das neoplasias infantojuvenis é um desafio para os profissionais da saúde, pois os sinais e sintomas são comuns às doenças prevalentes na infância, apresentando-se por febre, vômitos, emagrecimento, sangramentos e palidez que não permitem a sua localização ou mais localizados, como cefaleias, dores abdominais e alterações da visão. Esses sinais e sintomas “inespecíficos” e mal interpretados aumentam o intervalo do diagnóstico, e o tratamento se torna menos eficaz (MALTA, 2009).

O estágio avançado em que a doença se encontra no momento do diagnóstico ocorre por inúmeros fatores, como o desconhecimento dos pais, o medo, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, e dentre eles se destaca a fragilidade de conhecimento sobre essa patologia pelos profissionais da área da saúde, desde o reconhecimento da sintomatologia, até à rede de assistência que deve atender esse paciente (MALTA, 2009; AZEVEDO, 2011).

A capacidade para identificar casos suspeitos de câncer infantojuvenil por estes profissionais torna-se importante para que ocorram encaminhamentos qualificados, possibilitando a rapidez do tratamento em serviços especializados e a integralidade permeada em todos os níveis de atenção (AZEVEDO, 2012; ALMEIDA, 2011).

Nesse sentido a Estratégia de Saúde da Família (ESF), deve estar preparada para conhecer os sinais e sintomas da neoplasia em estudo. Uma equipe qualificada na atenção primária pode causar um impacto positivo no processo de identificação do câncer, uma vez que os profissionais serão capacitados para, antecipadamente, encaminhar aos serviços especializados de tratamento (MATOSO, 2014).

Porém, observa-se um agravante, pois 60% das crianças e adolescentes chegam tardiamente aos centros especializados para o tratamento, e vale ressaltar que 30% desses pacientes já tinham sido examinados com sintomatologias sugestivas de câncer nas Unidades Básicas de Saúde (REIS, 2009). Esses dados indicam que o diagnóstico precoce não está sendo realizado com eficácia, provavelmente devido, também, à falta de conhecimento dos profissionais da atenção primária (PASSOS, 2012).

O presente estudo tem por objetivo identificar o conhecimento dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre o câncer infantojuvenil assim como associar a participação em alguma capacitação sobre a identificação precoce dos sinais e sintomas do câncer infantojuvenil, os fatores que influenciam o diagnóstico tardio, e ações que poderiam contribuir para a suspeição precoce.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Vitória de Santo Antão-PE. Das 24 USFs existentes no município, o estudo foi realizado em 16, e estas foram selecionadas por conveniência.

Participaram do estudo as equipes da ESF, entre eles os profissionais médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), e a Equipe de Saúde Bucal (ESB) entre eles o odontólogo, e auxiliar ou técnico em saúde bucal do referido município.

Com a população de aproximadamente 224 profissionais na ESF, realizou-se o cálculo da amostra com o suporte do Epi Info versão 7.2 e frequência em 50%, com adoção de nível de significância de 5%, encontrando 141 profissionais. Participaram do estudo 143 (63,84%) que teve como critério de inclusão estar presente no dia da coleta. A coleta de dados foi realizada nos meses de junho a setembro de 2016, utilizando como instrumento um questionário estruturado dividido em três partes: a primeira refere-se aos dados sociodemográficos para caracterização do voluntário da pesquisa, a segunda enquadra dados

acadêmicos e profissionais, e a última parte do questionário possui questões sobre o conhecimento dos profissionais sobre a epidemiologia, sinais e sintomas, fatores que influenciam no diagnóstico, e ações que poderiam contribuir para o diagnóstico precoce.

Para a operacionalização, foram realizadas visitas às USFs onde os profissionais eram convidados, inicialmente, a conhecer sobre o projeto e, em seguida, após o seu aceite, foi solicitado à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aplicado o questionário.

Os dados foram digitados em um banco de dados, apresentados em forma de tabelas, e analisados com o apoio dos programas EPI INFO versão 7.2 e Excel 2007.

A análise dos dados deu-se por medidas absolutas e relativas, de tendência central e dispersão, e por associações estatísticas de análise bivariada, como testes de hipóteses baseados na estatística de qui-quadrado de Mantel Haenszel (χ^2), adotando nível de significância de 5%, tendo como variáveis independentes ter participado ou não de alguma capacitação na temática, e como dependente o conhecimento sobre a identificação precoce dos sinais e sintomas do câncer infantojuvenil, os fatores que influenciam o diagnóstico tardio e ações que poderiam contribuir para a suspeição precoce. Quando os valores esperados foram menor ou igual a 5, adotou-se Teste exato de Fisher.

O estudo foi realizado obedecendo aos pressupostos da bioética registrados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), que dispõe sobre pesquisas com seres humanos. O estudo foi cadastrado na plataforma Brasil e enviado pela CONEP ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sendo aprovado com CAAE: 54594316.9.0000.5208.

3. RESULTADOS

A pesquisa envolveu 143 profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Sendo a maioria do sexo feminino, 74,83% (107/143), com predomínio da faixa etária entre 31 a 50 anos 71,33% (102/143), uma média de idade de 35 anos e desvio padrão de 6,1.

Em relação ao tempo de trabalho na ESF encontrou-se uma média de 9,3 anos, que variou de um a 16 anos e desvio padrão de 3,7. A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e dados acadêmicos e profissionais, destacando-se que 37,77% (54/143) dos profissionais concluíram sua graduação ou curso técnico há cerca de 6 e 15 anos, sendo mais frequente na pesquisa os Agentes Comunitários de Saúde, 48,95% (70/143).

Com relação à participação em capacitações sobre o câncer infantojuvenil, 83,22% (119/143) dos profissionais informaram já terem participado.

Tabela 1: Dados sociodemográficos, acadêmicos e profissionais das Equipes de Saúde da Família. Vitória de Santo Antão-PE, 2016.

Variáveis Sociodemográficas	N	%
Idade (anos)		
18-30	35	24,47
31-50	102	71,33
51 ou mais	4	2,80
Não respondeu	2	1,40
Sexo		
Masculino	36	25,17
Feminino	107	74,83
Tempo de Conclusão da graduação ou curso técnico		
1-5 anos	15	10,5
6-15 anos	54	37,77
16- 30 anos	4	5,47

(continuação ...)

Tabela 1: Dados sociodemográficos, acadêmicos e profissionais das Equipes de Saúde da Família. Vitória de Santo Antão-PE, 2016. (continuação)

Variáveis Sociodemográficas	N	%
Tempo que trabalha na ESF (anos)		
1-5	21	14,69
6-10	80	55,94
11 ou mais	42	29,37
Categoria profissional		
Agentes Comunitários de Saúde	70	48,95
Enfermeiros	20	13,99
Técnico de enfermagem	20	13,99
Médicos	9	6,29
Equipe de saúde bucal	24	16,78
Capacitação em câncer infantojuvenil		
Sim	119	83,22
Não	24	16,78
Total	143	100

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação à epidemiologia do câncer infantojuvenil, 55,94% (80/143) dos participantes responderam que as neoplasias em crianças e adolescentes correspondem à segunda causa de mortalidade, 2,10% (3/143) como a primeira causa de mortalidade, e 39,86% (60/143) não souberam responder. Na questão sobre incidência, 60,14% (86/143) referiram a Leucemia como o tipo de neoplasia mais frequente em Pernambuco.

A tabela 2 mostra o conhecimento dos profissionais sobre os sinais e sintomas e sua associação com a participação em capacitações sobre a temática, destacando-se que as questões referentes ao linfoma ($p = 0.002$), ao neuroblastoma ($p = 0.001$), e ao tumor de Wilms ($p = 0.001$) apresentaram significância estatística.

Tabela 2: O conhecimento dos profissionais da ESF sobre os sinais e sintomas do câncer infantojuvenil e sua associação com a participação em capacitações na temática. Vitória de Santo Antão-PE, 2016.

Sinais e sintomas do Câncer	Participou de capacitações (%)	Não participou de capacitações (%)	Valor de p *
Palidez, fadiga, febre, dor óssea, hepatoesplenomegalia			
Leucemia	98 (68,53)	22 (15,38)	0,20 **
Outras neoplasias ou não respondeu	21 (14,69)	2 (1,40)	
Dor de cabeça, náuseas/vômitos, visão turva ou dupla, tontura e dificuldade para caminhar ou manipular objetos			
Tumor do SNC	97(67,83)	21 (14,69)	0,35 **
Outras neoplasias ou não respondeu	22 (15,38)	3 (2,10)	
Adenomegalia, febre, sudorese noturna, perda de peso			
Linfoma	74 (51,75)	7 (4,89)	0,002
Outras neoplasias ou não respondeu	45 (31,47)	17 (11,89)	
Leucocoria, baixa visão, estrabismo, protusão do globo ocular			
Retinoblastoma	100 (69,93)	19(13,29)	0,37**
Outras neoplasias ou não respondeu	19 (13,29)	5 (3,49)	
Dor nas costas e nas pernas, claudicação, parestesia, incontinência fecal e urinária			
Neuroblastoma	71 (49,65)	6 (4,19)	0,001
Outras neoplasias ou não respondeu	48 (33,57)	18 (12,59)	
Massa abdominal, hematúria			
Tumor de Wilms	80 (55,94)	8 (5,59)	0,001
Outras neoplasias ou não respondeu	39 (27,27)	16 (11,20)	

Fonte: Dados da pesquisa

* Teste de Quiquadrado de Mantel Haenzel, IC:95%

** p obtido através do teste exato de Fisher

A tabela 3 apresenta alguns fatores que influenciam no tempo do diagnóstico do câncer infantojuvenil e ações viáveis de cuidados primários à saúde, e sua associação com a participação em capacitações, destacando-se que as questões que reportavam ao tipo de tumor ($p = 0.008$), suporte social ($p = 0.002$) como fatores influenciadores, e a realização de orientações e escuta qualificada ($p = 0.015$), como ações para serem realizadas na USF apresentaram significância estatística.

Tabela 3: O conhecimento dos profissionais da ESF sobre os fatores que influenciam no tempo do diagnóstico e ações viáveis para serem realizadas na ESF e sua associação com a participação em capacitações na temática. Vitória de Santo Antão-PE, 2016.

Fatores que influenciam no tempo do diagnóstico e ações que poderiam contribuir para	Participou de capacitações n (%)	Não participou de capacitações n (%)	Valor de p *
Tipo de Tumor			
Sim	40 (27,97)	15 (10,49)	0,008
Não	79 (55,25)	9 (6,29)	
Localização do Tumor			
Sim	60 (41,96)	10 (6,99)	0,43
Não	59 (41,26)	14 (9,79)	
Suporte Social			
Sim	65 (45,45)	5 (3,50)	0,002**
Não	54 (37,76)	19 (13,29)	
Oportunidade de Diagnóstico			
Sim	92 (64,33)	20 (13,9)	0,36**
Não	27 (18,88)	4 (2,80)	
Acesso aos centros de tratamento			
Sim	88 (61,54)	14 (9,79)	0,12
Não	31 (21,68)	10 (6,99)	
Realizar orientações e uma escuta qualificada			
Sim	100 (69,93)	15 (10,49)	0,015
Não	19 (13,29)	9 (6,29)	
Nas visitas domiciliares ficar atento para os sinais de sintomas			
Sim	66 (46,16)	11 (7,69)	0,38
Não	53 (37,06)	13 (9,09)	

Fonte: dados da pesquisa

* Teste de Quiquadrado de Mantel Haenzel, IC:95%

** p obtido através do teste exato de Fisher

4. DISCUSSÃO

A maioria dos participantes da pesquisa são Agentes Comunitários de Saúde, isso pode ter ocorrido devido ao número de ACSs que uma unidade pode apresentar. Este dado corrobora com um estudo realizado com 330 profissionais de 48 equipes da ESFs de 18 municípios da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, onde dos 330 profissionais, 51,8% (171) eram ACS e 85,2 % (281) eram do sexo feminino (ZANETTI, 2010).

Na pesquisa houve o predomínio de participantes que já haviam participado de capacitações referente à temática, e isso pode ter ocorrido, pois em 2010, o Grupo de Ajuda à Criança Carente com Câncer (GAC) em parceria com o Instituto Ronald McDonald realizou a capacitação dos profissionais de Programa de Saúde da Família como parte do Programa Diagnóstico Precoce de Câncer Infantojuvenil.

Na questão que abordava sobre a epidemiologia, a maioria dos profissionais respondeu que o câncer em crianças e adolescentes corresponde à segunda causa de morte, porém houve participantes que marcaram como a primeira causa de mortalidade e isso pode ter ocorrido devido ao viés com relação à posição das neoplasias no quadro de mortalidade, podendo ser considerado como primeira causa por doença, ou por segunda causa no quadro de mortalidade geral.

As leucemias, como foi respondido pela maioria, é o câncer mais frequente entre crianças e adolescentes, cerca de 40% de todos os tumores infantojuvenis correspondem a esse tipo de neoplasia (INCA, 2014). Sendo esta também, o tipo de câncer com maior mortalidade, isso pode ser percebido através dos dados de óbito do ano 2014 da cidade do Recife-PE, onde dos 113 óbitos ocorridos por neoplasias infantojuvenis, 42 óbitos foram causados pelas leucemias, sendo maior na faixa etária de 10 a 14 anos (MS, 2014).

Foi possível observar que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família possuem fragilidades com relação aos sinais e sintomas sugestivos do câncer infantojuvenil. Em especial no linfoma, no neuroblastoma e no tumor de Wilms, destacando que a participação em capacitações referente à temática é significativa para a identificação dos sinais e sintomas dessas neoplasias. Isso pode ser consequência da formação acadêmica ainda voltada para o quadro epidemiológico prevalente pelas diarreias e desnutrição, visto que a maioria dos profissionais do estudo concluiu sua graduação ou nível técnico entre 6 e 15 anos, e o câncer entre crianças e adolescentes se tratar de uma temática recente trazida para discussões nas universidades (BARROS, 2014).

Na questão que abordou os sinais e sintomas do tumor SNC, do retinoblastoma e da leucemia, os dados mostraram que não há associação estatística significativa na identificação dos sinais e sintomas entre os profissionais que já participaram ou não de capacitações sobre a temática.

Em relação ao tumor de SNC e do retinoblastoma isso pode ter ocorrido devido ao fato de que os sintomas presentes no questionário aplicado induzir as respostas para esses tipos de neoplasias. O tumor do SNC apresenta como sinais e sintomas cefaleia e vômito persistente, hipertensão arterial, crises convulsivas, anormalidades na marcha, dificuldades escolares, sonolência e aumento desproporcional do perímetro cefálico. Já o retinoblastoma apresenta como sinal mais comum a leucocoria seguido em frequência pelo estrabismo e por outros sinais menos comuns, relacionados à irritação ocular (INCA,2014). Já em relação à leucemia isso pode ter ocorrido devido a sua frequência, sendo portanto, mais conhecida.

Este cenário resulta na chegada de muitos pacientes aos centros de tratamento com a doença em estado avançado, e conseqüentemente com chances de cura significativamente reduzida. Dentre os inúmeros fatores que podem interferir no tempo gasto desde o início da apresentação dos sinais e sintomas até o diagnóstico, o suporte social é um deles, este é visto como um conjunto de características ou funções das relações sociais e usualmente é visto sob a forma de três tipos de recursos, que são instrumental, informacional e emocional (GONÇALVES, 2009).

Um estudo realizado em dois centros de referência em oncologia pediátrica do estado de Pernambuco mostrou que o tempo entre os primeiros sinais e sintomas até a data de admissão nos centros especializados em estudo variou entre 13 e 547 dias, em uma média e moda de 60 dias e desvio padrão de 160 dias (BARROS, 2014).

A fragilidade de conhecimento sobre essa patologia pelos profissionais de saúde é um dos principais fatores que influenciam no tempo do diagnóstico, pois diante dos sintomas apresentados pelas mesmas, inúmeras possibilidades diagnósticas são levantadas, porém o câncer na maioria das vezes é a última doença a ser pesquisada ou às vezes nem chega a ser uma das suspeitas.

Assim é primordial que os profissionais da ESF recebam capacitações sobre o câncer infantojuvenil, pois um dos componentes essenciais para uma assistência adequada é a educação permanente e a capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção, e para todos os níveis de escolaridade (MICHALOWSKI, 2012). Visto que a matriz curricular dos cursos de saúde de nível superior e técnico oferece pouca ou até mesmo nenhuma informação sobre oncologia em crianças e adolescentes, além disso ao serem admitidos na ESF, esses profissionais também não recebem capacitações sobre o tema (BARROS, 2014).

As respostas referentes às ações viáveis de serem realizadas na ESF que poderia contribuir para o diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil mostrou que os profissionais conheciam o potencial da atenção primária e quais ações poderiam ser realizadas por eles. A questão que se refere às visitas domiciliares não apresentou significância estatística, justifica-se, pois a maioria dos participantes do estudo são Agentes Comunitários de Saúde, e os mesmos reconhecem esta como uma de suas atribuições na ESF, podendo assim reconhecer os sinais e sintomas e criar um elo entre a família e o serviço de saúde de modo a facilitar o acesso ao atendimento médico (MS, 2013).

Outras ações também podem ser realizadas para o diagnóstico precoce. Dentre elas podemos destacar: estratégias de divulgação de informações para profissionais e para população, ressaltando a importância do diagnóstico precoce, atuação efetiva da Atenção Básica, no que se refere ao acompanhamento, vigilância, e promoção da saúde da criança e do adolescente, e especialmente programas de educação continuada para profissionais da ESF (INCA,2014).

5. CONCLUSÃO

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município em estudo, mostraram fragilidades no conhecimento dos sinais e sintomas do linfoma, do neuroblastoma e do tumor de Wilms, quando não participaram de capacitações sobre o câncer infantojuvenil. Porém apresentaram conhecimentos em relação à sintomatologia da leucemia, do retinoblastoma e do tumor do SNC, além dos fatores que contribuem para o diagnóstico tardio e ações de cuidados primários à saúde que poderiam ser realizadas para reduzir o tempo desse diagnóstico.

Os achados deste estudo também mostraram como os profissionais que tiveram oportunidade de participar de uma capacitação conseguem reconhecer os sinais e sintomas do câncer infantojuvenil, estes dados reforçam o impacto que a realização de capacitações pode resultar no diagnóstico precoce das neoplasias em crianças e adolescentes.

Dessa forma, faz-se necessário, a implementação de ações que visem à capacitação dos profissionais especialmente dos que trabalham na atenção primária, e a sensibilização do sistema de saúde para o diagnóstico precoce, assim como das instituições de ensino, para enfatizar a necessidade de uma reforma na grade curricular dos cursos de saúde, para a inserção do ensino da oncologia pediátrica durante a formação acadêmica.

A inclusão nas grades curriculares de uma disciplina ou a inclusão dessa temática nas disciplinas que abordam a saúde da criança e do adolescente é de extrema necessidade, agindo como um mecanismo para familiarizar os futuros profissionais com o câncer infantojuvenil e dessa forma aumentar o conhecimento dos profissionais responsáveis pelo atendimento à saúde da população.

Este estudo beneficiará tanto as crianças como os profissionais, direta ou indiretamente. Os primeiros vão ter uma assistência mais integral, com maior possibilidade de diagnóstico precoce de câncer. Já os segundos poderão proporcionar um atendimento de qualidade para os pacientes, fortalecendo uma visão crítica sobre o tema. Assim como possibilitará a sensibilização dos gestores para a realização de uma nova capacitação na temática.

REFERÊNCIA

- [1] ALMEIDA, P. ; FAUSTO M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica. 2011;29(2):84-95. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n2/84-95/>.
- [2] AZEVEDO, M.C.C.V. Identificação de crianças e adolescentes com suspeita de câncer: uma proposta de intervenção [dissertação]. Natal(RN): Programa de Pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/14720>.
- [3] AZEVEDO, M. C. C. V.; LIMA, K. Y. N.; SANTOS, A. D. B.; MONTEIRO, A. I. Atuação das equipes da atenção primária na identificação precoce do câncer infanto-juvenil. R. pesq: cuid. fundam. online 2012. jul./set. 4(3):2692-01. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/186>.
- [4] BARROS, M. B. S. C. Câncer infantojuvenil: itinerário terapêutico a partir de unidades de referência no Estado de Pernambuco-Brasil [dissertação]. Recife (PE): Programa de Pós- Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco; 2014. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/12975/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Mariana%20Boulitreau%20Campos%20Barros.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- [5] GONÇALVES, A. C. C. G. O sentido de comunidade, o suporte social percebido e a satisfação coma vida [dissertação]. Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade de Lisboa; 2009. Disponível em: repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2153/1/22286_ulfp034907_tm.pdf.
- [6] INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. Câncer Infantojuvenil. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>
- [7] -----, Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente, Instituto Nacional de Câncer- Instituto Ronald McDonald. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Inca, 2014.
- [8] MALTA, J. D. S.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. O momento do diagnóstico e as dificuldades encontradas pelos oncologistas pediátricos no tratamento do câncer em Belo Horizonte. Rev Bras Cancerol. 2009; 55(1): 33-9. Disponível em:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=517988&indexSearch=ID>.
- [9] MATOSO, L. M. L; OLIVEIRA, L. E. C; COSTA, S. L. Uma proposta de identificação do câncer infanto-juvenil a partir da atenção básica. C&D-Revista Eletrônica da Fainor. 2014 jul/dez; 7(2):187-2015. Disponível em: <http://srv02.faianor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/311>.

- [10] MICHALOWSKI, M. B.; *et al.* Diagnóstico precoce em oncologia pediátrica: uma urgência médica. Boletim Científico de Pediatria. 2012; 1(1). Disponível em: www.pediatriaemunizacaoaklabin.com.br/images/oncologiaartigo2.pdf.
- [11] Ministério da Saúde (Brasil). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- [12] ----- Sistema de Informação de Mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- [13] ----- Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. 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). Brasília, 2005.
- [14] ----- Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), 2019. 122 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.
- [15] PASSOS, G.; *et al.* Detecção precoce do câncer infantojuvenil: experiência de capacitação na atenção primária em Ilhéus-bahia. Revista Proex. 2012, jan/jun; 1(3).
- [16] REIS, J.; DIAS, S. P.; MAZZAIA, M. C. A assistência da criança na atenção básica e sua relação com o diagnóstico tardio do câncer infantil. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2009, abr/jun; 3(20) ano VII. Disponível em: seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/320.
- [17] ZANETTI, T. G.; SAND, I. C. P. V.; PERLINI, N. M. O. G.; KOPF, A. W.; ABREU, P. B. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de Equipes de Saúde da Família: um estudo de caso. Cienc Cuid Saude 2010 Jul/Set; 9(3):448-455. Disponível em: ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/7664/6655.

Capítulo 10

Conhecimento dos profissionais da atenção primária à saúde sobre vacinas em crianças e adolescentes em Quimioterapia

Raphael Henrique Gomes da Costa

Cláudia Benedita dos Santos

José Teles de Oliveira Neto

Magaly Bushatsky

Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho

Vitoria Carla Conceição Almeida

Jocasta Bispo de Santanna

Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros

Resumo: Objetivo: Verificar o conhecimento dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos das Unidades de Saúde da Família da cidade de Vitória, Pernambuco sobre a imunização em pacientes de 0 a 19 anos que estão em tratamento quimioterápico. Método: Estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa realizado nas Unidades de Saúde da Família. Resultados: A associação entre treinamentos frequentes sobre imunização está ligada ao fator de risco que interfere diretamente na associação entre treinamentos frequentes e a aplicação incorreta de vacinas no período do tratamento quimioterápico. Conclusão: Ressalta-se a importância do fortalecimento da qualificação dos profissionais envolvidos com a sala de vacinação estimulando o acolhimento das crianças e adolescentes em tratamento quimioterápico.

Palavras Chave: Vacinas, Neoplasias, Saúde da criança, Saúde do adolescente.

1. INTRODUÇÃO

Para o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, (INCA, 2017) o quadro epidemiológico do câncer infantojuvenil é relevante na perspectiva de que é a primeira causa de morte por doença na faixa etária de 5 a 19 anos e respondeu pela oitava posição entre as causas de óbito entre crianças de 0 a 4 anos de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2017; NACC, 2015).

O paciente com neoplasia deve ser acompanhado de forma especial, para averiguar o estado de imunossupressão causado pela doença ou na terapia em que está ou será submetido, e os riscos da enfermidade que se pretende evitar. Vacinas de vírus ou bactérias vivas estão definitivamente proibidas neste período, podendo ser administradas as vacinas de vírus ou bactérias atenuadas, subunitárias, recombinantes, polissacarídicas e de toxóides, porém sabe-se que a eficácia da resposta vacinal está substancialmente atenuada (FERLAY et al, 2012; NCI, 2013; IMIP, 2012).

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) tem a função de comandar, inserir e implementar a imunização de caráter fundamental, determinar critérios/normas, recursos financeiros e oferecer assessoria aos Estados e Municípios. As campanhas de imunização são implantadas em toda a jurisdição nacional, ofertando esquema básico mínimo do PNI a todos os cidadãos em diversas as faixas etárias, oferecendo proteção contra afecções de relevância epidemiológica, principalmente nas morbimortalidades por enfermidades imunopreveníveis, o que comprova de forma indiscutível o enorme benefício que é ofertado às pessoas por intermédio das vacinas (BRASIL, 2012; STARFIELD, 2012; TEMPORÃO, 2003)

Esta estratégia de governo tem uma ação fundamental e constante nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), cabendo ao nível de atenção primária, serviço de alta complexidade no uso de suas tecnologias leves, serem responsáveis pelo fortalecimento do acompanhamento e desenvolvimento do grupo infantil. Parte deste nível de cuidados à saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), vem para reorganizar o modelo de atenção, sendo um dos grandes alcances na busca da integralidade do cuidado no serviço público, compondo uma política de melhor relação custo e efetividade no setor saúde (STARFIELD, 2012; ABROAD, 2010; FERNANDES, 2010).

A UBS constitui a porta de entrada do sistema de saúde. Entende-se que a equipe tem um vínculo de convivência mais forte com a família e está atenta aos problemas de saúde da população. Abrangendo condições especiais, em que a equipe deve estar preparada para receber pacientes em condições específicas se necessário, o que vem contribuir para que a equipe tenha condições de interferir nos fatores definidores do processo saúde-doença, de maneira mais rápida e com ações multidisciplinares, em busca do acesso contínuo, da promoção e da qualidade de vida (STARFIELD, 2012; ABROAD, 2010; FERNANDES, 2010).

Nestas condições especiais a criança e o jovem com câncer devem ser submetidos a um exame criterioso em relação ao seu estado imunológico e vacinal. A resposta imunológica deste grupo costuma voltar a sua normalidade posteriormente três meses da finalização da quimioterapia, permitindo que a equipe planeje uma forma segura e eficiente para que eles recebam a imunização. Em até um ano após o término da quimioterapia a situação imunológica deve estar completamente restabelecida (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2015; SESP 2008; SILVA et al, 2010).

O acompanhamento da situação imunológica desta população posteriormente ao término do tratamento, no que abrange à imunização contra doenças corriqueiras na infância e adolescência, é um tema de grande relevância social e científica, permitindo investigar a condição imunológica dessas crianças e adolescentes por meio da condição sorológica para as doenças anteriormente vacinadas (LEILI et al, 2014; ARORA et al, 2016).

Diante deste cenário, o objetivo do estudo foi verificar o conhecimento dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória de Santo Antão-PE sobre a imunização em pacientes de 0 a 19 anos que estão em tratamento quimioterápico e sua associação com o grau de instrução e participação em cursos de qualificação profissional sobre o tema.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado na cidade de Vitória de Santo Antão, localizada no interior do estado de Pernambuco, região nordeste do Brasil. Integra a mesorregião da mata pernambucana e possui uma população estimada para o ano de 2014 em 134.871 habitantes, ocupando a décima colocação entre os municípios mais populosos do estado. Para a coleta de dados foi utilizado questionário estruturado elaborado pelos autores, com posterior construção de banco

de dados. A coleta ocorreu no período de março e abril de 2016. O questionário foi composto por eixos que contemplam dados sócio-demográficos e profissionais, pontos fundamentais quando se pretende traçar o perfil dos profissionais que trabalham nas UBS, saber o tipo de formação profissional, idade e há quanto tempo trabalha na atenção primária. Foi analisada e construída a caracterização profissional, verificando se os envolvidos tinham alguma pós-graduação nas áreas de saúde da família e saúde da criança, averiguando a participação em cursos e treinamentos na área de imunização e oncologia pediátrica, foi indagado aos profissionais se foram ofertadas atualizações no que diz respeito à vacinação nos últimos três meses.

A análise dos dados ocorreu através de parâmetros baseados em frequências absolutas e relativas como também por medidas de tendência central, média, moda e mediana, e de dispersão, como variância e desvio padrão e o teste de hipótese adotado foi o qui-quadrado de Mantel Haenszel. Os resultados foram representados por tabelas construídas com o auxílio do programa EPI INFO versão 7.1.5.2 e Excel 2016. Para extração da amostra com a adoção de 95% de índice de confiança, e uma população de 69 profissionais, calculou-se um total de 66 escolhidos de forma não aleatória por conveniência. Para os testes de hipótese adotou-se nível de significância de 5%, tendo como variáveis independentes a escolaridade em nível de pós-graduação, e a participação em algum curso na temática, e a dependente o conhecimento da aplicação de vacinas em pacientes em tratamento quimioterápico.

Os critérios de inclusão foram: Ser profissional enfermeiro, médico e técnico de enfermagem que exercesse atividades profissionais na sala de vacina, encaminhamento, supervisão ou técnica de aplicação. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou ausentes no período da coleta.

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal de Pernambuco, respeitando a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde com relação à pesquisa envolvendo seres humanos tendo CAAE 50121515.4.0000.5208. Os dados foram armazenados pelos autores em dispositivo de mídia digital e após cinco anos serão descartados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 66 profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ligados diretamente às salas de vacinas das unidades. Na cidade em estudo existem 29 UBS, desse quantitativo foi identificada a estruturação de uma equipe mínima, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), composta por enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e médicos. Com uma cobertura de 69 nas UBS no período de coleta, com lacunas no preenchimento do quadro profissional sendo assim teve profissional cadastrado em duas equipes de saúde da família.

Como pode ser observado no quadro 1 a maior parte dos profissionais da atenção básica do estudo foi formado por mulheres, 90,91% (60/66), na faixa etária entre 20 a 39 anos 68,76% (43/64) e técnicos de enfermagem 45,45% (30/66). Muitos já estão na atenção básica há mais de cinco anos 74,24% (49/66), o que facilita a integração com a comunidade (PUGLIESI, 2010; FIGUEIREDO et al, 2011).

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros, médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem da Atenção Primária à Saúde da cidade de Vitória de Santo Antão-PE, 2016.

	Variáveis	N	%
Sexo	Feminino	60	90,91
	Masculino Total=66	6	9,09
Idade	20 a 39 anos	43	68,76
	40 a 59 anos	19	28,12
	60 anos ou mais Total=64	2	3,12
Formação Profissional	Técnico de Enfermagem	30	45,45
	Enfermeiro	26	39,39
	Médico Total=66	10	15,15
Tempo que trabalha na Atenção Básica	Menos de 1 Ano	1	1,52
	1 Ano	2	3,03
	1-3 Anos	8	12,12
	3-5 Anos	6	9,09
	>5 Anos Total=66	49	74,24

Fonte: Dados do pesquisador, 2016.

Observou-se que grande parte dos profissionais da atenção básica, 65,15% (43/66) não recebe treinamentos frequentes sobre vacinas, o que pode caracterizar risco aos pacientes que necessitam receber vacinas no período em que estão em tratamento quimioterápico nas unidades. Pode-se verificar que 46,97% (31/66) da amostra possuem alguma especialização em saúde coletiva/ saúde pública e que uma minoria, 19,70 % (13/66) tem especialização em saúde da criança, como apresentado na tabela 2.

Tabela 2. Participação em cursos, treinamentos e/ou pós-graduação pelos enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem da Atenção Primária à Saúde, nas temáticas de câncer infantojuvenil, imunização, saúde da criança e adolescente e saúde da família, do município de Vitória de Santo Antão - PE, 2016.

Variáveis	Sim	%	Não	%	Total (%)
Especialização em Saúde da Família.	31	46,97	35	53,03	66=100%
Especialização em Saúde da Criança e Adolescente.	13	19,70	53	80,30	66=100%
Curso com a temática câncer infantojuvenil.	34	51,52	32	48,48	66=100%
Curso com temática em crianças e adolescentes no período quimioterápico.	10	15,15	56	84,85	66=100%
Capacitação periodicamente sobre imunização.	23	34,85	43	65,15	66=100%
Capacitação sobre imunização nos três últimos meses.	13	19,70	53	80,30	66=100%

Fonte: Dados do pesquisador, 2016.

Preconiza-se que as atualizações frequentes são requisitos para se ofertar uma imunização segura e eficaz que elimine as enfermidades imunopreveníveis. Com o aparecimento de novos vírus e bactérias especialmente, torna-se necessária a elaboração de novas vacinas no calendário básico do PNI. Buscando a ampliação e qualidade deste programa, a nível mundial, e da frequente adesão por inovações nas vacinas e preconizações, é indispensável atualizar os profissionais encarregados dessa atividade fundamental das UBS (BRASIL, 2014; BRASIL, 2010; BRASIL, 2010; CDC, 2010).

Outro ponto abordado no questionário foi quanto ao conhecimento dos profissionais sobre a administração de vacinas no tratamento quimioterápico, 92,42% (61/66) afirmaram não ser possível realizar a imunização nesse período, conforme a tabela 3, este resultado se fez presente mesmo entre aqueles que realizaram algum curso sobre câncer infanto-juvenil 51,52% (34/66).

Tabela 3. Conhecimento sobre a utilização de vacinas em crianças e adolescentes em tratamento quimioterápico dos enfermeiros, médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem da Atenção Primária à Saúde do município de Vitória de Santo Antão-PE, 2016.

Variáveis	Sim	%	Não	%
Enfermeiros Total=26	2	7,69	24	92,31
Técnicos de Enfermagem Total=30	3	10	27	90,00
Médicos Total=10	0	0	10	100

Fonte: Dados do pesquisador, 2016.

Dentre os profissionais que atuam na UBS, a equipe de enfermagem é a responsável pela administração e oferta de imunobiológicos aos moradores da região, o que nos mostra a importância de monitorar o processo de trabalho nas salas de vacina, e as constantes atualizações oferecidas a estes profissionais sobre o trabalho realizado (MITCHELL et al, 2008; OLIVEIRA et al, 2009; MELO, 2010).

Crianças em tratamento quimioterápico podem ser vacinadas, porém em momentos específicos ou em casos que a proteção seja necessária (MOFENSON et al, 2009; CSACCS, 2015; FERLAY, 2015).

As vacinas inativadas podem ser administradas com segurança em pacientes com competência imunológica alterada se a imunização for de organismo morto ou atenuado, de subunidades, toxóide, polissacarídeo, ou imunobiológico de proteína-polissacarídeo conjugado, devendo-se manter as doses habituais. No entanto, a eficácia das vacinas pode ser reduzida (MOFENSON et al, 2009; CSACCS, 2015; FERLAY, 2015).

Com exceção de vacina inativada contra influenza, pois o risco de contrair o vírus da vacina é mínimo, já que o ambiente é mais favorável para se contrair a gripe, além disso, os vírus da vacina são inativados ou atenuados o que promove uma baixa probabilidade de causar a gripe. A imunização durante a

quimioterapia ou radioterapia deve ser evitada se possível, porque a resposta aos anticorpos poderá estar inferior ao ideal. Aqueles pacientes que forem vacinados no prazo de 14 dias antes da terapia imunossupressora devem ser considerados imunizados (MOFENSON et al, 2009; CSACCS, 2015; FERLAY, 2015).

Quando possível, os médicos devem prescrever as vacinas aconselhadas para todos os pacientes antes do início do tratamento quimioterápico ou da radiação (MOFENSON et al, 2009; CSACCS, 2015; FERLAY, 2015).

Os profissionais devem ficar atentos quanto o tipo de vacina que pode ser aplicada nesse período evitando as de organismos vivos. As que apresentam constituição de vírus ou bactérias vivas ou atenuadas não devem ser administrados no período inferior a três meses após a conclusão da terapia imunossupressora. As vacinas inativadas que foram administradas no período do tratamento quimioterápico devem ser administradas outra vez depois da competência imunológica ter sido readquirida. As crianças e adolescentes que recebem tratamento quimioterápico para leucemia, linfomas ou radioterapia, comumente mantém sua memória imunitária depois do tratamento, contudo a revacinação com as vacinas comuns da infância após quimioterapia para a leucemia linfoblástica aguda é indicada (MOFENSON et al, 2009; CSACCS, 2015; FERLAY, 2015).

Em sua totalidade, os médicos entrevistados afirmaram que não era possível realizar a imunização, geralmente, a revacinação de um paciente depois da quimioterapia ou terapia de radiação é entendida como dispensável se a imunização prévia aconteceu antes da terapia e não durante o tratamento. A administração de imunobiológicos inativados pode ocorrer durante a baixa-dose de terapia intermitente ou de manutenção com drogas imunossupressoras. A segurança e eficácia de vacinas vivas e atenuadas durante o tratamento é desconhecida. A equipe que monitora as crianças e adolescentes em período quimioterápico deve avaliar com atenção os riscos e os benefícios de fornecer vacinas vivas injetáveis para os pacientes (MOFENSON et al, 2009; PINHO et al, 2006; OLIVEIRA et al, 2009; MILSTEIN et al, 2010).

Na tabela 4 foi avaliada a associação entre a participação em cursos e treinamentos nas temáticas de câncer infantojuvenil, saúde da família, saúde da criança e adolescente e imunização pelos profissionais das UBS. Foi evidenciado estatisticamente que treinamentos periódicos sobre imunização e liberação das vacinas no tratamento quimioterápico exercem associação significativa com relação ao conhecimento dos profissionais para crianças e adolescentes que necessitam realizar imunização nas UBS da cidade de Vitória-PE.

Tabela 4. Associação entre a participação em cursos e treinamentos nas temáticas de câncer infantojuvenil, saúde da criança e adolescente e imunização pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde do município de Vitória de Santo Antão-PE, 2016.

Variáveis	Liberação das vacinas no período quimioterápico			Valor de P*
	Sim N %	Não N %	%	
Treinamento periódico sobre imunização				0,04
Sim	4 6,0	19 28,7		
Não	1 1,5	43 65,01		
Especialização em Saúde da Criança e Adolescente				0,55
Sim	2 3,03	11 16,68		
Não	3 4,54	50 75,75		
Curso com temática em crianças e adolescentes no período quimioterápico				0,55
Sim	2 3,03	8 11,68		
Não	3 4,54	53 80,30		

Fonte: Dados do pesquisador, 2016.

Para desempenhar com responsabilidade as tarefas designadas na sala de vacina, é imprescindível que o enfermeiro e a equipe de enfermagem sejam integralmente atuantes na vacinação, na supervisão contínua e, sobretudo na capacitação da equipe, evitando com que diversas implicações inesperadas venham ocorrer por falha da equipe de enfermagem principalmente no que diz respeito à administração incorreta de imunobiológicos (LUNA, 2011).

Provavelmente em decorrência à expansão e reorganização do sistema público e privado de saúde e a grande demanda de proteção para diversos vírus e bactérias, acentuou-se muito a insuficiência numérica de pessoal capacitado, a partir desta situação, intensificaram-se os questionamentos por parte de enfermeiros e de outros profissionais, sobre a necessidade de manter a rigidez dos procedimentos recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a execução das técnicas e dos treinamentos, integrando aptidão e responsabilidade aos procedimentos efetuados, garantindo que os profissionais treinados possam minimizar o risco de imperícias realizadas no que condiz a administração de vacinas (LUNA, 2011).

4. CONCLUSÃO

Os resultados mostram que a falta de conhecimento dos profissionais envolvidos com a sala de vacinação na atenção básica sobre imunização em crianças e adolescentes em tratamento quimioterápico, pode gerar uma barreira às famílias que precisam recorrer às UBS para que seus filhos tenham acesso à imunização. Os profissionais que deveriam prestar este cuidado não possuem informações adequadas para realizar esta tarefa tão importante, fazendo com que esta família tenha que buscar os Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais CRIEs, muitas vezes localizados em outras cidades.

Quando as crianças e adolescentes não conseguem acesso às vacinas necessárias na cidade onde moram, elas dão início a um itinerário em busca da imunização, o que pode prejudicar o tratamento, seja pelo desgaste físico já ampliado pela terapia imunossupressora, seja pelos altos custos com o transporte entre as cidades e alimentação, fazendo com que por diversas vezes venham abandonar a terapia e piorar as perspectivas de um bom prognóstico.

Ficou evidenciada a associação entre os cursos ou treinamentos em relação ao conhecimento dos participantes da pesquisa quanto à aplicação de vacinas no período quimioterápico. Porém o estudo evidenciou que os profissionais da atenção primária da cidade de Vitória de Santo Antão - PE possuem um conhecimento incipiente, no que diz respeito ao momento exato da aplicação das vacinas nas crianças e adolescentes que estão em tratamento quimioterápico, o quem vem reforçar a importância de atualizações específicas nas salas de imunização da atenção básica.

Estas se fazem necessárias para garantir segurança e conhecimento científico aos profissionais responsáveis pelas salas de vacinação, garantindo que as crianças e adolescentes possam receber as vacinas de forma correta, segura e adequada, quando estiverem em tratamento quimioterápico, sem necessitar realizar grandes itinerários entre cidades em busca de CRIEs ou outras unidades, quando a UBS do seu bairro for capaz de fornecer uma imunização segura e de qualidade.

Além de treinamento para os profissionais envolvidos com a sala de vacinas, colabora com a saúde pública impedindo que o conhecimento errôneo se propague nas UBS da cidade de estudo, oportuniza estágio para alunos de graduação, contribuindo assim com os futuros profissionais, no sentido de ofertar aprendizado acerca da imunização entre crianças e adolescentes em quimioterapia.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Protocolo de diagnóstico precoce para oncologia pediátrica [livro online]. 1 ed. Brasília:MS. 2017. [acesado em 15 ago 2019]. Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//protocolo-de-diagnostico-precoce-do-cancer-pediatico.pdf>.
- [2] Núcleo de apoio à criança com câncer [Internet]. Recife; 2015. [acesado em 15 ago 2019]. Disponível em: <http://www.nacc.org.br/quem-somos/o-nacc/o-que-e-o-nacc/>.
- [3] FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN. 2012; [s em 15 ago 2019]. International journal of cancer, Genève, v. 136, n. 5, p. 359-386, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijc.29210>.
- [4] National cancer institute. What Is Cancer?. 2013. [acesso em 15 ago 2019]. Disponível em: <<http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/what-is-cancer>>.
- [5] Instituto de Medicina Integral Professora Fernando Figueira (IMIP). Saúde da Criança » Oncologia Pediátrica.2012;[acessoem15ago 2019]. Disponível em: <http://www1.imip.org.br/cms/opencms/imip/pt/assistencia_saude/saude_crianca/oncologia_p_ed.html?p=1>.

- [6] BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Ministério da Saúde. Brasília. 2012; [acessado em 15 ago 2019]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 15 ago. 2019.
- [7] Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2012; [acesso em 15 ago 2019]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>.
- [8] Temporão JG. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [Internet]. 2003.[acesso 2019 Ago 15] ; 10(Suppl 2): 601-617. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000500008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702003000500008>.
- [9] Abroad LF. Reinventing Primary Care: Lessons From Canada For The United States. 2010.[acesso 2019 Ago 15]5(5):1030-6. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2010.0002>
- [10] Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2010; Ago [Acesso 2019 Ago 15] ; 63(4): 567-573. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400011>.
- [11] AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer Facts & Figures 2015. Atlanta, 2015; Ago [Acesso 2019 Ago 15]. Disponível em :<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2015/cancer-facts-and-figures-2015.pdf>
- [12] Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba. Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais. 2008. [citado em 15 ago 2019]. Disponível em: http://www.saude.pb.gov.br/web_data/crie.htm.
- [13] Silva Clovis Artur A, Terreri Maria Teresa R. A, Aikawa Nadia E, Carvalho Jozélio F, Pileggi GCS, Ferriani VPL et al . Prática de vacinação em crianças com doenças reumáticas. *Rev. Bras. Reumatol.* [Internet]. 2010 Ago [citado 2019 Ago 15] ; 50(4): 351-355. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042010000400002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042010000400002>.
- [14] Leili K, Mohammad HK, Babak P, Sima H, Asghar A. Assessment of Immune Response following Immunization with DTP/Td and MMR Vaccines in Children Treated for Acute Lymphoblastic Leukemia. *Pediatric Hematology and Oncology*, 2014.31:7, 656-663, Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/08880018.2013.877111?journalCode=ipho20> D OI: 10.3109/08880018.2013.877111
- [15] Arora RS, Prabha S, Roy Moulik N, Bagai P. A survey of immunization practices in children with cancer in India. *Pediatr Hematol Oncol J* [Internet]. 2016; [citado em 15 ago 2019].1(1):2-5. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468124516300067>
- [16] Pugliesi MV, Tura LFR, Andreazzi MFS. Mães e vacinação das crianças: estudo de representações sociais em serviço público de saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2010 Mar [citado 2019 Ago 15] ; 10(1): 75-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000100008&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000100008>.
- [17] Figueiredo GLA, Pina JC, Tonete VLP, Lima RAG, Mello DF. Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011 Jun [citado 2019 Ago 15] ; 19(3): 598-605. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300020>.
- [18] Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para vacinação. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde; 2014. [citado 2019 Ago 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf.
- [19] Brasil. Ministério da Saúde. [site da Internet]. 2010 [citado 2019 Ago 15]. Disponível em:http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=1108.
- [20] Brasil. Informe técnico operacional: estratégia nacional de vacinação contra o vírus influenza pandêmica (H1N1). Brasília: Ministério da Saúde; 2010[citado 2019 Ago 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_vacinacao_influenza.pdf.
- [21] Center for Disease Control and Prevention (CDC).H1N1. O que você precisa saber (Espanhol). [acessado 2016 mar 10]. Disponível em: http://www.immunize.org/vis/sp_h1n1_live.pdf.
- [22] Mitchell AD, Bossert TJ, Yip W, Mollahaliloglu S. Health worker densities and immunization coverage in Turkey: a panel data analysis. *Hum Resour Health* [Internet]. 2008;jun[citado 2019 Ago 15] (1):29. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-6-29>

- [23] Oliveira VC, Guimarães EAA, Guimarães IA, Januário LH, Ponto Ione Carvalho. Prática da enfermagem na conservação de vacinas. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2009 Dec [citado 2019 Ago 15]; 22(6): 814-818. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000600014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000600014>.
- [24] Melo GKM, Oliveira JV, Andrade MS. Aspectos relacionados à conservação de vacinas nas unidades básicas de saúde da cidade do Recife - Pernambuco. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2010 Mar [citado 2019 Ago 15]; 19(1): 26-33. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742010000100004&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000100004>.
- [25] Mofenson LM, Brady MT, Danner SP, et al. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections among HIV-exposed and HIV-infected children: recommendations from CDC, the National Institutes of Health, the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America, the Pediatric Infectious Diseases Society, and the American Academy of Pediatrics. *MMWR Recomm Rep.* 2009[citado 2019 Ago 15];58(RR-11):1 166.Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2821196/pdf/nihms171151.pdf>.
- [26] CANADIAN CANCER SOCIETY'S ADVISORY COMMITTEE ON CANCER STATISTICS. *Canadian Cancer Statistics 2015*. Toronto, 2015
- [27] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D. M., Forman, D. and Bray, F. (2015), Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN. 2012. [citado 2019 Ago 15] *Int. J. Cancer*, 136: E359-E386. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijc.29210>. doi:10.1002/ijc.29210
- [28] Pinho IC, Siqueira JCBA, Pinho LMO. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. *Rev Eletr Enferm.* [on-line]. 2006; [citado 2019 ago 15]; 8(1). Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/945/1156>
- [29] Oliveira JPC, Silva MFOC, Dantas RA, Lima ARSO, Costa TNA, Neves AFG. Situação vacinal dos graduandos de enfermagem de uma instituição pública de ensino. *Rev Rene.* 2009;[citado 2019 Ago 15]; 10(1):29-36. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4721/3507>.
- [30] Milstein B, Homer J, Hirsch G. Analyzing national health reform strategies with a dynamic simulation model. *Am J Public Health.* 2010; [citado 2019 ago 15].1005:811-819. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2853627/>. DOI:10.2105/AJPH.2009.174490
- [31] Luna GLM, Vieira LJES, Souza PF, Lira SVG, Moreira DP, Pereira AS. Aspectos relacionados à administração e conservação de vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 Feb [citado 2019 Ago 15]; 16(2): 513-521. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000200014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000200014>

Capítulo 11

Câncer infantojuvenil: Conhecimento dos estudantes de enfermagem acerca do diagnóstico precoce.

Beatriz Mendes Neta

Geïssiely Ferreira de Oliveira Monteiro

Ísis Catharine Rodrigues Nascimento

Josielly Ferreira

Lara Emanuele Santana Santos

Laryssa Thamyres Santos Barros

Magaly Bushatsky

Mirella Santos Barbosa de Souza

Sabrina Sandriny de Sousa Silva

Maria Andrelly Matos de Lima

Resumo: Este estudo tem como objetivo verificar o conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil. Métodos: Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo, realizado em uma faculdade de enfermagem da cidade do Recife-PE. Foram entrevistados cento e dez estudantes, que cursaram ou estavam cursando o módulo saúde da criança, através da aplicação de um questionário semi-estruturado. Resultados: Em relação ao reconhecimento das manifestações clínicas do câncer infantojuvenil, 77,3% informaram não serem capazes de realizar o diagnóstico desta neoplasia. Quanto à avaliação do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre o câncer infanto-juvenil, obteve-se um índice percentual de 11,8% acertos. Conclusão: Ressalta a importância da inserção da temática no plano pedagógico das instituições de ensino superior para que os futuros enfermeiros estejam aptos para a identificação do diagnóstico precoce e, assim, garantir um melhor prognóstico para as crianças e adolescentes com câncer.

Palavras-Chave: Conhecimento, enfermagem, diagnóstico precoce, neoplasia.

1. INTRODUÇÃO

O câncer infantojuvenil é considerado um problema de saúde pública, por ser a primeira causa de óbito por doença entre a faixa etária de zero a 19 anos. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou a ocorrência de 8.460 novos casos de câncer nessa faixa etária em 2020. Além disso, as estatísticas apontam que o índice passou de 85% (taxa de mortalidade nas décadas de 60 e 70) para 80% de taxa de cura nos últimos anos (INCA, 2020).

Trata-se de um grupo que abrange várias doenças tendo em comum a proliferação descontrolada de células anormais, podendo ocorrer em qualquer sítio anatômico. Diferentemente do câncer do adulto, o câncer infantojuvenil geralmente afeta as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação. Por serem predominantemente de natureza embrionária, tumores na criança e no adolescente são constituídos de células indiferenciadas, o que, geralmente, proporcionam melhor resposta aos tratamentos atuais (INCA, 2020).

Entre os vários tipos de câncer, temos as leucemias com o maior percentual representando 26% dos casos, seguido dos linfomas (14%) e tumores do sistema nervoso central (SNC) (13%), respectivamente (INCA, 2020).

O bom prognóstico está diretamente relacionado com o tempo de diagnóstico, quanto mais precoce maior as chances de cura. Se diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados, essa taxa de recuperação pode alcançar cerca de 80% nos países com renda maior, onde se possui um sistema que permite melhores condições de acesso a serviços de saúde. No Brasil, a taxa de sobrevida é de 64%, sendo na região nordeste apenas de 60% (INSTITUTO RONALD MCDONALD, 2018).

A assistência de Enfermagem é de extrema importância nesta fase vivenciada pela criança e/ou adolescente, onde se faz presente o medo e a ansiedade. Devido às dificuldades encontradas no enfrentamento de sua condição de saúde estes necessitam de profissionais capacitados e prontos a colaborarem de forma positiva no seu tratamento (AZEVEDO, 2012; CURVO, 2013; SANTOS, 2019).

Diante de todo contexto, é possível ressaltar que é fundamental que o enfermeiro tenha em sua formação profissional, conteúdos que abordem sobre o cuidado direcionado a oncologia pediátrica, de modo a atender de forma holística os acometidos pela doença nesse ciclo da vida (AZEVEDO, 2012; CURVO, 2013; SANTOS, 2019; SILVA, 2013).

Levando em consideração toda problemática causada pela doença e a importância do papel do enfermeiro no enfrentamento da mesma, é essencial a qualificação profissional a fim de preparar os profissionais, em especial aos da Atenção Primária à Saúde, na identificação precoce dos sinais e sintomas sugestivos da doença principalmente durante a realização da puericultura, onde pode ser observadas alterações precocemente (ARAÚJO, 2008; INCA, 2011; MARCHI, 2013; SILVA, 2020).

Devido aos impactos na saúde pública e todo o desfecho aqui mencionado, associado à necessidade de mais pesquisas sobre a temática. O presente estudo tem como objetivo verificar o conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre o diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil.

2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa observacional de caráter descritivo, de corte transversal com abordagem quantitativa, realizado na Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE), localizada na cidade do Recife-PE.

A amostra foi composta por acadêmicos de enfermagem que cursaram ou estavam cursando o módulo intitulado: saúde da criança que correspondem aos módulos 5º, 6º, 7º e 8º. Foram excluídos alunos do 9º e 10º módulos por estarem no período de internato o que dificultou o acesso.

A amostra foi do tipo não-aleatória por conveniência, o tamanho amostral foi calculado com o suporte do software EPI-INFO versão 7.1.5.2. para uma população total de 162 alunos, conforme os termos de inclusão que foram descritos, adotou-se um índice de confiança de 95%, população estimada de 50% e, assim, obteve-se uma amostra de 110 estudantes.

A coleta dos dados foi realizada no período de abril a maio de 2016. Os participantes foram abordados durante o período de aulas. Onde foram convidados a participarem da pesquisa. Estes responderam o questionário semiestruturado adaptado pelas autoras da pesquisa, composto por dados sociodemográficos e dados clínicos acerca do diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil. Os dados

foram analisados através de medidas absolutas e relativas com o suporte do software Microsoft *Office Excel* 2007, estratificadas em módulos.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP HUOC/PROCAPE através do CAAE 53613316.8.0000.5192, conforme diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Desta forma, acredita-se estar obedecendo às normativas éticas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

3. RESULTADOS

A amostra foi constituída por 110 estudantes de Enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE). Sendo 16 estudantes do 5º módulo, 33 do 6º módulo, 24 do 7º módulo, 27 do 8º módulo, respectivamente. Do total de 110, apenas 10 não informaram o módulo em que se encontram.

Em relação à faixa etária, 92,7% destes, possuíam entre 19 a 24 anos, 5,4% entre 25 a 29 anos e 1,82% tinham 30 anos ou mais. Quanto ao sexo, 8,2% eram do sexo masculino e 91% do sexo feminino.

Na tabela 1, foi evidenciado o conhecimento e participação dos estudantes de enfermagem em aulas, cursos, projetos de pesquisa e extensão na temática do câncer infantojuvenil.

No que tange o conhecimento em relação à temática, apenas 19,10% dos pesquisados informaram conhecer algum projeto. O projeto mencionado foi o intitulado: “Fique atento, pode ser câncer” da Universidade Federal de Pernambuco em parceria com a Universidade de Pernambuco..

Em relação às aulas, 81,80% dos pesquisados nunca frequentaram aulas sobre o tema. Quando questionados sobre a participação em cursos ou aulas 83,60 % afirmaram nunca ter participado. Analisando todos os módulos, os estudantes do 7º, foram os que mais responderam positivamente ao questionário da tabela 1. Em contrapartida, os estudantes do 5º, não obtiveram nenhuma participação em nenhum dos itens interrogados.

Tabela 1. Conhecimento e participação dos estudantes de enfermagem em aulas, cursos, projetos de pesquisa e extensão na temática do câncer infantojuvenil. Recife (PE). 2016.												
Variável	MÓDULOS										Total Geral	
	5º		6º		7º		8º		Não informado		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Já teve aulas ministradas sobre câncer infantojuvenil?												
SIM	0	0%	2	10%	13	65%	3	15%	2	10%	20	18,20%
NÃO	16	18%	31	34%	11	12%	24	27%	8	9%	90	81,80%
TOTAL	16	15%	33	30%	24	22%	27	25%	10	9%	110	100%
Já participou de algum curso ou aula na faculdade sobre câncer infantojuvenil?												
SIM	0	0%	3	17%	10	56%	5	28%	0	0%	18	16,40%
NÃO	16	17%	30	33%	14	15%	22	24%	10	11%	92	83,60%
TOTAL	16	15%	33	30%	24	22%	27	25%	10	9%	110	100%
Você participa ou conhece algum projeto de pesquisa ou extensão que aborde o câncer infantojuvenil?												
SIM	0	0%	10	48%	3	14%	7	33%	1	5%	21	19,10%
NÃO	16	18%	23	26%	21	24%	20	22%	9	10%	89	80,90%
TOTAL	16	15%	33	30%	24	22%	27	25%	10	9%	110	100%

Na tabela 2, foram evidenciados dados sobre a avaliação do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem frente à correlação dos sinais e sintomas e suas respectivas doenças.

Sobre os tipos de câncer mais comuns à faixa etária da criança e do adolescente, 58,2% dos participantes afirmaram não ter conhecimento. Sobre o reconhecimento das manifestações clínicas 77,3% informaram não ter domínio suficiente para reconhecer qualquer sintomatologia suspeita para a doença.

Houve um percentual de acerto de 50,9% para os sinais e sintomas de leucemia. Quando consideradas as respostas em relação aos tumores do Sistema nervoso central (SNC), foi encontrado um percentual de acertos insuficiente (30,9%) sendo, considerado um fato relevante, em contrapartida, os acertos dos sinais e sintomas dos linfomas, foram considerados elevados, sendo 82,7% das respostas corretas. Avaliando-se o número de estudantes que responderam a todas as questões de formar correta foi obtido, um percentual insatisfatório de apenas 11,8%.

Tabela 2. Conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre o câncer infantojuvenil. Recife (PE). 2016.												
Variável	MÓDULOS										Total Geral	
	5º		6º		7º		8º		Não informado		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sabedoria informar quais os tipos de câncer mais comuns às crianças e adolescentes?												
SIM	3	6,5%	17	37%	14	30,4%	11	23,9%	1	2,2%	46	41,80%
NÃO	13	20,3%	17	26,6%	10	15,6%	15	23,4%	9	14,1%	64	58,20%
TOTAL	16	14,5%	34	30%	24	21,8%	26	25%	10	9,1%	110	100%
Você saberia reconhecer as manifestações clínicas do câncer infantojuvenil?												
SIM	2	8%	6	24%	10	40%	6	24%	1	4%	25	22,70%
NÃO	14	16,4%	27	31,8%	14	16,5%	21	24,7%	9	10,6%	85	77,30%
TOTAL	16	14,5%	33	30%	24	21,8%	27	24,5%	10	9,1%	110	100%
Palidez, sangramentos, dor nos ossos e articulações, fadiga, febre e perda de peso são sintomas de:												
Osteosarcoma	7	13,5%	15	28,8%	8	15,4%	17	32,7%	5	9,6%	52	47,30%
Tumor de wilms	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	0,90%
Leucemia	9	16,1%	18	32,1%	16	28,6%	10	17,9%	3	5,4%	56	50,90%
Neuroblastoma	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	0,90%
Dor de cabeça, náuseas/vômitos, visão turva ou dupla, tontura e dificuldade para caminhar ou manipular objetos.												
Tumor de wilms	2	40%	2	40%	0	0%	1	20%	0	0%	5	4,50%
Tumor do SNC	4	11,8%	8	23,5%	9	26,5%	11	32,4%	2	5,9%	34	30,90%
Retinoblastoma	3	8,3%	16	44,4%	6	16,7%	7	19,4%	4	11,1%	36	32,70%
Neuroblastoma	7	20%	7	20%	9	25,7%	8	22,9%	4	11,4%	35	31,80%
Linfadenopatia no pescoço, axila ou virilha, sudorese noturna excessiva, febre, prurido, perda de peso sem explicação.												
Leucemia	1	10%	3	30%	4	40%	2	20%	0	0%	10	9,10%
Tumorigerminativo	0	0%	2	50%	0	0%	1	25%	1	25%	4	3,60%
Sarcoma	1	40%	0	0%	1	20%	1	20%	1	20%	3	4,50%
Linfoma	12	14,3%	28	30,8%	19	20,9%	23	25,3%	8	8,8%	91	82,70%

Para 73,60% dos participantes, a oportunidade do diagnóstico influencia no tempo de diagnóstico, conforme tabela 3.

Entretanto, para se oportunizar o diagnóstico, se faz necessária uma base com conhecimentos sobre o tema de modo a diminuir o tempo de diagnóstico e ampliar as chances de tratamento em tempo oportuno, aumentando consequentemente as chances de cura dessas crianças e adolescentes.

Como se observa na tabela 1 e 2, os estudantes não conhecem a temática, e consequentemente, se faz necessário a busca de conhecimento por outros meios. Com isso observa-se a importância da temática.

Tabela 3. Quais fatores influenciam no tempo do diagnóstico do câncer infantojuvenil. Recife (PE). 2016.

VARIÁVEL I	VARIÁVEL II	MÓDULOS					Total Geral	
		5º	6º	7º	8º	Não informado	N	%
SEXO	SIM	4	11	10	6	2	33	30%
	NÃO	12	22	14	21	8	77	70%
RAÇA	SIM	4	6	5	4	2	21	19,10%
	NÃO	12	27	19	23	8	89	80,90%
IDADE	SIM	10	17	16	16	7	66	60%
	NÃO	6	16	4	11	3	44	40%
TIPO DE TUMOR	SIM	14	24	24	23	8	93	84,50%
	NÃO	2	9	0	4	2	17	15,50%
LOCALIZAÇÃO	SIM	11	23	24	22	9	89	80,90%
	NÃO	5	10	0	5	1	21	19,10%
NATURALIDADE	SIM	2	15	5	5	1	18	16,40%
	NÃO	14	28	19	22	9	92	83,60%
QUALIDADE DO TRATAMENTO	SIM	9	14	13	10	8	54	49,10%
	NÃO	7	19	11	17	2	56	50,90%
SUPORTE SOCIAL	SIM	6	15	16	13	6	56	50,90%
	NÃO	10	18	8	14	4	54	49,10%
FATORES AMBIENTAIS	SIM	9	13	10	12	8	52	47,30%
	NÃO	7	20	14	15	2	58	52,70%
OPORTUNIDADE DE DIAGNÓSTICO	SIM	8	25	19	20	9	81	73,60%
	NÃO	8	8	5	7	1	29	26,40%
ALTURA	SIM	1	1	0	2	0	4	3,60%
	NÃO	15	32	24	25	10	106	96,40%
ACESSO AO TRATAMENTO	SIM	10	23	16	15	8	72	65,50%
	NÃO	6	10	8	12	2	38	34,50%

4. DISCUSSÃO

Apenas uma pequena parcela dos estudantes de enfermagem do estudo em questão participou de aulas, cursos, projetos de pesquisa ou extensão conforme tabela 1, evidenciando uma lacuna desta temática. Almeida (2018) e Amador (2011) afirmam que a graduação é a base e que nela existe uma lacuna quanto à capacitação dos futuros profissionais sobre oncologia pediátrica. Estes ainda destacam que vários cursos na área da Enfermagem não oferecem este conteúdo e que não existe nenhum destaque necessário ao tema.

Contudo, essa escassez de informações sobre o tema, na formação profissional, reflete negativamente na vida profissional dos enfermeiros, uma vez que, podem se sentir limitados para lidar com todo o contexto que envolve esta doença nesta população de crianças e adolescentes. Tal situação preocupa, uma vez que se trata de uma área que apresenta constantes transformações e requer um cuidado diferencial com muitas particularidades, interferindo muitas vezes na detecção precoce (ALMEIDA, 2018).

Uma alternativa para tentar suprir a lacuna existente na formação de novos profissionais está presente nas oportunidades através da inclusão das temáticas em fóruns, jornadas da instituição assim como em projetos de extensão e estágios hospitalares durante a graduação (AMADOR, 2011). Quanto ao interesse dos estudantes de Enfermagem, ressalta-se que deve ser estimulada por meio de programas educacionais com objetivos direcionados a esta temática (ROSSATO, 2017).

Comparando os dados da tabela 1 em relação à tabela 2, observa-se uma lacuna de conhecimento auto-percebida, seguido de falhas que são evidenciadas pelo baixo percentual de acertos da amostra total de apenas 11, (8%). Os tumores malignos em crianças diferem dos adultos, sendo mais agressivos, portanto com evolução rápida. Por esta razão, esses dados são preocupantes, uma vez que o não reconhecimento dos sinais e sintomas favorece o diagnóstico tardio quando o câncer já se encontra em estágio avançado, provocando condições clínicas desfavoráveis ao paciente, prejudicando o resultado frente ao tratamento e consequentemente, o prognóstico (INSTITUTO RONALD MCDONALD, 2018).

Na tabela 2, sobre os tipos de câncer mais comuns à faixa etária da criança e do adolescente, 58,2% dos participantes afirmaram não ter conhecimento. Sobre o reconhecimento das manifestações clínicas 77,3% informaram não ter domínio suficiente para reconhecer qualquer sintomatologia suspeita para a doença.

Acredita-se que tal situação esteja vinculada a duas vertentes, a primeira associada ao déficit de conhecimento, já mencionado e a segunda a inespecificidade dos sinais e sintomas, sendo similares a manifestações clínicas de outras doenças. Por esta razão, justifica-se a necessidade de um olhar crítico para este ciclo de vida, buscando associar sempre as manifestações clínicas com outros achados para se oportunizar um diagnóstico precoce com maiores chances de cura (FERMO, 2014; INSTITUTO RONALD MCDONALD, 2018, MALTA, 2012).

Visando minimizar as falhas, se faz necessário refletir sobre a inclusão da abordagem do câncer infantojuvenil na grade curricular das graduações de modo a despertar um olhar clínico mais direcionado e ampliado da enfermagem sobre o tema, uma vez que se trata de uma doença que necessita de tratamento precoce. Almeida (2018) e Amador (2011), destacam bem a dicotomia vivenciada no nosso país, o qual se apresenta com números significativos de câncer, porém, em contrapartida não existe prioridade por parte das instituições de ensino em formar profissionais preparados para lidar com tal situação.

Esses desafios demandam cada vez mais trabalhadores qualificados e aprimorados para lidar com as inovações do exercício profissional e direcionar a realidade epidemiológica do nosso país, no que se refere à oncologia pediátrica. Diante deste fato é necessário unir esforços para uma participação mais eficaz dos profissionais de saúde com relação ao diagnóstico precoce e no controle efetivo dessas doenças e no avanço da qualidade da assistência oferecida (ALMEIDA, 2018; ROSSATO, 2017).

Na tabela 3, por sua vez, aborda sobre os fatores que influenciam no tempo de diagnóstico. Quanto à idade 60%, localização, 80,90%, acesso ao tratamento 65,50% dos participantes respectivamente, admitem ter relação, e de fato possui. Quanto ao tipo de tumor 84,70% acreditam que interfere no tempo de descoberta. É possível evidenciar na literatura que os diferentes tipos de tumor, possuem tempos de diagnósticos diferentes (INSTITUTO RONALD MCDONALD, 2018).

Além disso, 73,60% dos participantes acreditam que a oportunidade do diagnóstico influencia no tempo da descoberta do câncer. A literatura evidencia que a oportunidade de diagnóstico diminui consideravelmente as taxas de morbidade e mortalidade com possibilidade de reduzir as chances de desenvolvimento de outras complicações e a necessidade de tratamento mais agressivo (INSTITUTO RONALD MCDONALD, 2018).

Levando em consideração a expansão do número de casos e toda repercussão causada para a família, comunidade e saúde pública, em consonância ao papel do Enfermeiro frente a toda problemática, ressalta-se a importância da temática em pauta para atuação dos enfermeiros nos três níveis de atenção à saúde. (AMADOR, 2011)

5. CONCLUSÃO

Desta forma, foi possível observar que grande parte dos estudantes não se sente seguros na avaliação dos sinais e sintomas para detecção precoce do câncer infantojuvenil. Levando em consideração que a expectativa de vida desses pacientes está diretamente relacionada com o tempo de início da doença e sua detecção. Este diagnóstico situacional foi importante ao relacionar com o conhecimento dos estudantes, no intuito, de ressaltar a importância da temática em pauta.

Sendo assim, a prevenção é um desafio para o futuro. É preciso dar ênfase ao diagnóstico precoce para subsidiar enfermeiros sobre a importância do encaminhamento precoce para que crianças e adolescentes tenham oportunidade de receber uma orientação terapêutica de qualidade.

Desta forma verifica-se a necessidade de estreitar laços desta temática acadêmica/assistência para promoção de atividades inserindo esta questão com o intuito de ofertar qualidade de vida às crianças e adolescentes acometidos por câncer e assim promover chances de viver com qualidade.

REFERÊNCIAS

- [1] ALMEIDA, Alexandro Barreto et al. Processo de Formação do Enfermeiro na Prática Oncopediátrica. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, [s.l. :s.n], v. 1, n. 3, Dez., 2018.
- [2] AMADOR, Daniela Doulavince et al. Concepção dos Enfermeiros Acerca da Capacitação no Cuidado à Criança com Câncer. Texto contexto - enferm. Florianópolis, [s.n], v. 20, n. 1, Mar., 2011.
- [3] BARROS, Cynthia Araújo. Conhecimentos e Práticas Relacionadas as Neoplasias Malignas Pediátricas mais Frequentes: Avaliando os Estudantes de uma Faculdade de Medicina de Pernambuco. Orientador: Isabella

Chagas Samico. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil)- Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, 2008.

[4] AZEVEDO, Maria Coeli Cardoso Viana. et al. Team's Performance im Primary Realth Care on Early Identification of Children's Cancer. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online), Rio de Janeiro, [s.n], v. 4, Jul./Set., 2012.

[5] Instituto Nacional de Câncer. Diagnóstico Precoce do Câncer na Criança e no Adolescente / Instituto Nacional de Câncer, Instituto Ronald McDonald. rev. ampl, Rio de Janeiro, [s.n] 2. ed. 2011.

[6] CURVO, Hélen Rosane Meinke; PIGNATI, Wanderlei Antônio; PIGNATTI, Marta Gislene. Morbimortalidade por Câncer Infantojuvenil Associada ao Uso Agrícola de Agrotóxicos no Estado de Mato Grosso, Brasil. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro, [s.n], v. 21, n. 1, Mar.,2013.

[7] FERMO, Vivian Costa et al.O diagnóstico Precoce do Câncer Infantojuvenil: O Caminho Percorrido Pelas Famílias. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, [s.l.;s.n], v. 18, n. 1, Jan./Mar., 2014.

[8] DUARTE, Meury Lima Lima et al.Humanização nos Cuidados de Enfermagem na Oncologia Pediátrica. In: Anais do 11º Congresso Internacional da Rede Unida. 2014, Fortaleza. [s.n] Anais [...] Suplemento Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2014.

[9] Instituto Nacional de Câncer. Câncer infantojuvenil. Disponível em:<<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>>. Acesso em: 29-05-2020.

[10] Instituto Ronald McDonald. O diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil e a atenção básica: Estratégias e desafios para aumentar as chances de cura /org. Instituto Ronald McDonald. Rio de Janeiro: Maracanã, [s.n] 3. Ed. 2018. Disponível em: <https://institutoronald.org.br/wpcontent/uploads/2019/11/livro_DIAGNOSTICO-FINAL_2018-Versa%CC%83o-digital.pdf> Acesso em: 18 junho 2020.

[11] LIMA, Kálya Yasmine Nunes de; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira; TOURINHO, Francis Solange Vieira. Implicações no Cuidado de Enfermagem à Criança com Câncer Hospitalizada. Revista de Atenção à Saúde, São Caetano do Sul, [s.n] v. 12, n. 42, out./dez., 2014.

[12] LYRA, Yuri Carvalho; LEITE, Juliana Brovini ..Associação entre leucemia e síndrome de down: revisão sistemática. Saber Digital, [S.l.: s.n], v. 12, n. 2, Jan.,2020.

[13] MALTA, Júlia Dias Santana.; SCHALL, Virgínia Torres. Instrumento para a Humanização do Cuidado do Câncer Infanto-Juvenil. Pediatria Moderna, Belo Horizonte, Moreira JR Editora,v. 48, n. 2, fev., 2012.

[14] MARCHI, Joisy Aparecida et al.Câncer infantojuvenil: perfil de óbitos.Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, [s.n], v. 14, n. 5, 2013.

[15] ROSSATO, Lucas; PANOBIANCO, Marislei Sanches; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. Grupo operativo com estudantes de enfermagem: vivência em uma liga acadêmica de oncologia. Revista Baiana de Enfermagem, [s.l.:s.n] 2020.

[16] SÁ, Ana Carla Silveira de; SILVA, Aline Cerqueira Santos Santana da; GÓES, Fernanda GarciaBezerra.DiagnosisofChildhoodandYouthCancer: The FamiliesPercurrredPath/Diagnóstico do Câncer Infantojuvenil: O Caminho Percorrido Pelas Famílias. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online,[s.l.:s.n] v. 11, n. 5, Out./Dez.,2019

[17] SANTOS, Silvanice Rosene et al. Atuação do enfermeiro nos cuidados paliativos à criança com câncer. Revista Referências em Saúde da Faculdade Estácio de Sá de Goiás-RRS-FESGO, [s.l.:s.n], v. 2, n. 3, Ago./Dez., 2019.

[18] SILVA, Beatriz Onofre Ferreira da et al. Perfil do Câncer Infantil em um Estado da Amazônia Ocidental em 2018. Revista Enfermagem Contemporânea, [S.l.:s.n], v. 9, n. 1, Abr., 2020.

[19] SILVA, Thiago Privado da et al. Cuidados de Enfermagem à Criança com Câncer: Uma Revisão Integrativa da Literatura.Revista de OEnfermagem da UFSM, Santa Maria, [s.n], v. 3, n. 1, Jan./Abr., 2013.

Capítulo 12

Tópicos sobre Câncer infantojuvenil em uma região agroindustrial no Sul do Brasil

Jane Kelly Oliveira Friestino

Ana Paula Barasuol Rodrigues

Gilnei Fitler Soares

Kassiano Carlos Sinski

Marcelo Moreno

Patricia Carla de Lima

Vander Monteiro da Conceição

Resumo: A preocupação com o impacto de produtos químicos na fisiologia do corpo humano não é recente. Pesquisadores já descreveram que o crescimento e desenvolvimento da infância e adolescência podem ser afetados por consequência de ambientes poluídos. Nesse contexto, buscou-se estudar a região Oeste de Santa Catarina, a qual é caracterizada por possuir uma economia baseada na agroindústria. Identificou-se que o uso de agroquímicos pode influenciar no desenvolvimento de leucemias, mas destacam que se a exposição for controlada, poderia haver diminuição dos fatores que contribuem para o desenvolvimento de tumores neurológicos. O prejuízo à saúde causado pelo manuseio indiscriminado de agroquímicos, não é restrito aos trabalhadores e aos moradores de zonas rurais. A organização territorial e econômica do Oeste catarinense é marcada pela presença da ocupação fundiária com base na agricultura familiar, sendo um fator contribuinte para o uso intenso e indevido de agroquímicos. Desde o início dos anos 2000, a rede de atendimento ao paciente com câncer em Santa Catarina vem se expandindo, sobretudo pela implantação de cursos de Medicina na região. Ressalta-se a necessidade de outros estudos que identifiquem as demandas de saúde locais e as relacionem com o uso de agroquímicos e a dinâmica de assistência à saúde.

Palavras-Chave: Oncologia, Agroquímicos, Pediatria, Agroindústria.

1. INTRODUÇÃO

A preocupação com o impacto de produtos químicos na fisiologia do corpo humano não é recente, pesquisadores da área da saúde já avaliaram a exposição a substâncias tóxicas nas atividades laborais, nas situações de guerra e no cotidiano das grandes cidades. Em revisão da literatura científica, avaliou-se que a exposição de pessoas a ambientes poluídos, considerando as impurezas do ar neste ambiente e a presença de pesticidas organoclorados, difosfatos e piretróides, metais pesados, incluindo chumbo, arsênio, cádmio, manganês, vanádio e tálio, podem afetar o crescimento e desenvolvimento da infância e adolescência principalmente o sistema neurológico, entretanto, para entender cada caso deve-se conhecer as particularidades do cenário de exposição (TSAIA; et al., 2019).

Nesse contexto a região Oeste de Santa Catarina, caracterizada por possuir uma economia baseada na agroindústria, considerando a produção agrícola predominantemente extensiva e familiar, existe uma preocupação com o uso de pesticidas e herbicidas fato este importante pois está relacionado com a problemática do câncer infantojuvenil, os que ocorrem em menores de 19 anos de idade.

No Brasil sabe-se que as informações a respeito da incidência do câncer, se concentram majoritariamente nas capitais, o que dificulta saber ao certo, o impacto dessa doença nas localidades interioranas, como a do Oeste Catarinense, torna-se necessário pensar a organização da atenção à saúde aos casos de câncer infantojuvenil, e que estratégias de prevenção e educação em saúde utilizar.

Nessa perspectiva, este estudo se propõe discutir a respeito da exposição aos agroquímicos frente à contextualização sócio-histórica da região Oeste de Santa Catarina, para instrumentalizar a organização dos serviços de saúde, em especial, os de alta complexidade para os casos de câncer infanto-juvenil.

2. EXPOSIÇÃO A AGROQUÍMICOS E O CÂNCER INFANTOJUVENIL: O QUE HÁ DE EVIDÊNCIAS?

A manifestação do câncer com exposição prévia a agroquímicos tem sido discutida em diversos espaços acadêmicos nos últimos anos, entretanto, ainda existem importantes lacunas de conhecimento que confirme esta associação. É válido ressaltar que tal dificuldade ocorre devido ao câncer ser uma doença multifatorial, ou seja, são necessários diversos agentes cancerígenos para o desenvolvimento da doença.

A fim de conhecer mais sobre o tema, realizou-se busca nas bases de dados Literatura Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed. Foram utilizados os descritores padronizados “agroquímicos” e “criança”, “agroquímicos” e “pediatria”, estando eles associados pelo descritor booleano “AND”. Após as buscas, encontrou-se aproximadamente 400 artigos, no entanto, a maioria tratava do uso de pesticidas domiciliares, mesmo assim, procedeu-se a leitura do título e resumo para que fossem excluídos estes artigos ou outros que não apresentavam em seu escopo o assunto câncer infantojuvenil e agroquímicos associados. Destaca-se que as palavras câncer, neoplasia e tumor não foram utilizados durante a busca, pois quando associadas não havia resultados disponíveis nas bases.

Compuseram o estado da arte sobre a associação entre agroquímicos e o câncer infantojuvenil 06 artigos originais, que serão apresentados a seguir.

Um estudo brasileiro conduzido por Barbosa et al. (2017) avaliou a relação entre irrigação com agroquímicos em um pólo agrícola, com o desenvolvimento do câncer infantojuvenil, no período de 2000 a 2012. Foram avaliados membros de uma comunidade vizinha a área agrícola, identificou-se que crianças e adolescentes, de modo geral, desenvolveram principalmente leucemias, neoplasias do sistema nervoso central (SNC), linfomas e neoplasias do trato respiratório inferior. Apesar dos achados, os autores entendem que a contaminação do solo, e conseqüentemente da água consumida pela população, foi um dos fatores que contribuiu para o surgimento dos casos de câncer, relativizando seus achados. Outro debate elaborado durante o manuscrito foi à associação entre o uso de agrotóxico e a mortalidade por câncer, onde se concluiu que não se deve descartar a influência da exposição de agroquímicos como fator predisponente para a taxa de mortalidade por neoplasia.

Outra pesquisa brasileira com foco nas percepções de familiares de crianças com neoplasias, sobre o uso de agroquímicos na agricultura, revelou que os participantes reconhecem o potencial de toxicidade desses produtos, porém consideram que a manutenção do uso, evita perda na produção, esta prática foi denominada pelos participantes como “mal necessário”. Alguns familiares mencionam que mesmo suspendendo o consumo de um agroquímico, há o consumo passivo, pois vizinhos mantêm o uso, assim como outros produtores, logo, em algum momento haverá contato com as substâncias tóxicas. Os participantes também mencionaram não reutilizar as embalagens dos agroquímicos, e realizam o descarte correto, em contrapartida há relatos do uso dos equipamentos de proteção individual (EPIs) de modo

equivocado, em que utilizam apenas um equipamento, deixando-os expostos a contaminação (CAMPONOVARA; et al, 2017).

Na Espanha pesquisadores buscaram identificar associações entre câncer e pesticida agrícola, a partir de um estudo de base populacional, evidenciou-se a ocorrência elevada de câncer entre crianças, de 0 a 14 anos de idade, que viviam próximos a plantações. Desta maneira, o estudo tem a mesma conclusão dos anteriores, no qual crianças que vivem nas proximidades das lavouras que utilizam agroquímicos são mais susceptíveis ao câncer. Ponderou-se que a exposição materna durante a gestação aumentou o risco para leucemia infantil, neuroblastoma e outros tipos de neoplasia, apesar da condicionalidade da ocorrência da doença não ser clara (GÓMEZ-BARROSO; et al., 2016).

Na China, cientistas investigaram se a exposição a pesticidas piretróides aumentam o risco para o desenvolvimento de tumores cerebrais na infância. Entretanto, não houve resultados conclusivos, apenas possíveis relações como a sensibilidade imunológica infantil ao efeito cancerígeno do pesticida, o contato direto da criança com o ambiente contaminado, a exemplo do chão, assim como, da elevada ingestão de alimentos e líquidos comprometidos pelo pesticida (CHEN; et al., 2016), ou seja, diversos fatores podem influenciar no surgimento do câncer.

Alguns investigadores corroboram que o uso de agroquímicos pode influenciar o desenvolvimento de leucemias, mas destacam que se a exposição for controlada com técnicas de aplicação, uso de EPIs e pesticidas adequados, poderia haver diminuição dos fatores que contribuem para o desenvolvimento de tumores neurológicos (FEBVEY; et al., 2016).

Na Argentina, avaliou-se o estado de saúde de adolescentes que residiam próximo a horticulturas com o objetivo de identificar o risco de danos citotóxicos e genotóxicos. Na avaliação de biomarcadores foram identificados danos genéticos, estes interpretados como aumento do risco para o câncer, como também para outros problemas de saúde. Considera-se que o dano causado pelo agroquímico é cumulativo, ou seja, perpassa gerações. Alertam-se para os maus hábitos no manejo dos agroquímicos, tais como o uso próximo de residências, armazenamento equivocado (no mesmo local de descanso dos trabalhadores), e a necessidade de separar as roupas do cotidiano dos EPIs (MARTÍNEZ-PERAFÁN; et al., 2018).

É notório que os estudos apresentados trazem elementos que permitem reflexão sobre o uso de agroquímicos nas plantações e a manifestação do câncer infantojuvenil. Manter o seu uso, ou o uso inadequado, é dispersar na sociedade mais um elemento com potencial de dano ao DNA, capaz de promover o surgimento do câncer naquela geração sensibilizada ou nas gerações seguintes. No entanto, ainda não há evidências científicas que sustentem o agroquímico como único agente de potencial cancerígeno, uma vez que o câncer, como dito anteriormente, é uma doença multifatorial.

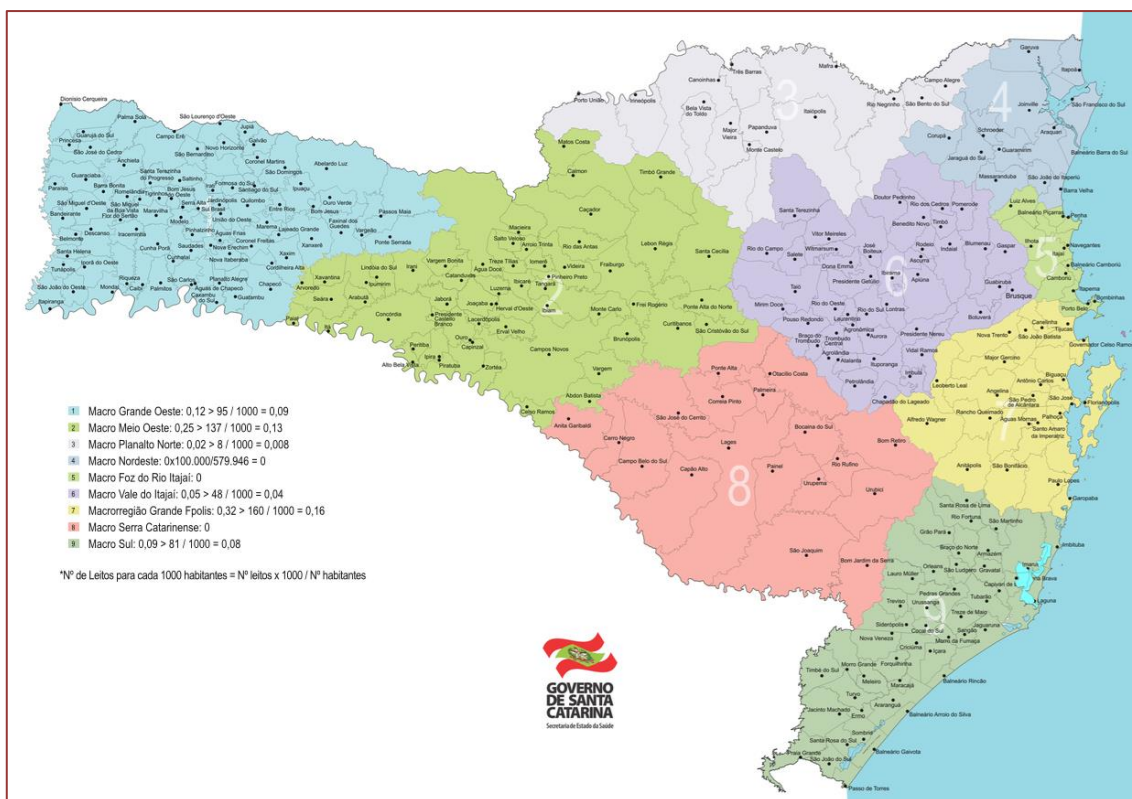
3. CONDIÇÕES SOCIOCULTURAIS DA REGIÃO OESTE DE SANTA CATARINA

O estado de Santa Catarina é um estado da região sul do Brasil, possui uma área de 95.346,181 km², com 6.248.436 habitantes, correspondente a 3,27% da população do país, distribuídos em 295 municípios, cuja densidade demográfica é de 65,27 hab./km² (IBGE, 2010).

Esse estado é caracterizado pela pluralidade socioeconômica, ambiental e cultural que possui origem na heterogênea ocupação do território (NIEDERLE; GUILARDI, 2013). Atendendo a essa especificidade e para a garantia do acesso aos serviços de saúde, o Plano Diretor de Regionalização de Saúde de 2018, dividiu o estado em 09 macrorregiões, e dentre elas está à macrorregião do Grande Oeste apresentada na Figura 01, que contempla os municípios estudados por este capítulo.

Ao analisar-se a história da região Oeste – colonizada em prol do avanço da fronteira agrícola para o interior do país – é possível compreender a estrutura fundiária local baseada na baixa concentração de terras, na agricultura familiar e no agronegócio.

Figura 1. Macrorregiões de Saúde do estado de Santa Catarina.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde/SC

O interesse governamental pelo Oeste catarinense iniciou no século XX, quando a Estrada de Ferro São Paulo - Rio Grande foi construído e imigrantes provenientes do Rio Grande do Sul se instalaram na região. A organização territorial se deu em pequenas propriedades rurais, com economia baseada na agropecuária para o autoconsumo e para o abastecimento do mercado interno. Em meados do mesmo século, quando o processo de urbanização ocorria em nível nacional, o comércio regional começa a ser adaptado para a agroindústria, transformação propiciada principalmente pelo investimento estatal em infraestrutura e sistemas de crédito (GOULARTI FILHO, 2002).

Os pequenos criadores – especialmente de suínos e de aves – e os agricultores familiares foram inseridos nesse processo de consolidação e de expansão do modelo industrial. Entre as mudanças impostas pelo novo sistema, incluem-se a especialização do trabalho – limitando a atuação do agropecuarista a uma parcela da produção – a modernização do maquinário, o plantio de sementes transgênicas e a ampla utilização de adubos químicos e de agrotóxicos (GRISA et al., 2020).

Como exemplo do incentivo governamental a essa modernização do campo, pode-se citar a criação, em 1957, da Associação de Crédito e Assistência Rural do Estado de Santa Catarina (Acaresc) que, desde o seu primeiro relatório, no que tangia à “defesa vegetal”, incentivava o uso de “defensivos” organoclorados – posteriormente proibidos no Brasil – para conter a proliferação de insetos e de plantas que ameaçassem a produção (CARVALHO; NODARI; NODARI, 2017).

Paralelamente à introdução no agronegócio consumidor de biotecnologias, houve a submissão do pequeno produtor às grandes empresas, particularmente as frigoríficas, que se instalaram no oeste catarinense após identificar a potencialidade econômica da integração vertical (WINCKLER; RENK; MUNARINI, 2018). Dessa forma, o sistema globalizado e hierárquico exigiu que o agricultor se adaptasse aos desígnios comerciais e esse contexto histórico resultou na formulação do panorama atual.

De acordo com o Censo Agro 2017, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 84% dos estabelecimentos agropecuários de Chapecó – cidade referência para a região oeste – possuem a agricultura familiar como prática agrícola. Concomitantemente a essa tipologia produtiva, o levantamento revelou que mais de 82% dessas propriedades fazem uso de agrotóxicos no município, índice significativamente maior que a média nacional de 33% (IBGE, 2017).

O prejuízo à saúde causado pelo uso e pelo manuseio indiscriminado de agroquímicos, não é restrito aos trabalhadores e aos moradores de zonas rurais. De acordo com o parecer técnico divulgado pelo Ministério Público de Santa Catarina (MPSC) em março de 2019, 22 de 100 municípios catarinenses analisados apresentam agrotóxicos na água que abastece a área urbana. Entre os 18 princípios ativos identificados, 07 já são proibidos na União Européia (UE). Na região Oeste, destaca-se a cidade de Coronel Freitas, onde a amostra de manancial subterrâneo estava contaminada por 03 poluentes, sendo 02 (atrazina e simazina) banidos na UE (MPSC, 2019).

A atrazina – amplamente consumida na produção agrícola por seu potencial herbicida – já havia sido encontrada nas águas de Santa Catarina. Uma análise realizada através do sistema de Cromatografia Líquida de Alta Eficiência (CLAE) em amostra coletada no mês de maio de 2012 permitiu detectar essa substância em um dos pontos da Usina Hidrelétrica Foz do Chapecó, no Rio Uruguai. O local identificado com o agroquímico está situado na cidade de Caxambu do Sul, também pertencente à região Oeste, com escassez de floresta ribeirinha e diversas plantações nas imediações (DALEGRAVE; MAGRO; CORRALO, 2012).

A preocupação em relação à qualidade da água fornecida à população da região Oeste não é recente. Em 1999, foram coletadas 15 amostras da Microbacia Lajeado São José, uma fonte de abastecimento da cidade de Chapecó e Área de Proteção Ambiental do município, com o intuito de identificar a presença e a quantidade de metais pesados na água. Os 10 elementos propostos foram reconhecidos em níveis superiores aos tolerados pelo Conselho Nacional do Meio Ambiente, com destaque para o Chumbo (Pb) – resíduo de agroquímicos de origem inorgânica – com concentração até 08 vezes maior que a permitida (LOCATELLI, 2009).

Além da produtividade linear proposta pelas grandes empresas, a ocupação fundiária com base na agricultura familiar é outro contribuinte para o uso intenso e indevido de agrotóxicos. Uma pesquisa realizada com 63 trabalhadores rurais da região produziu resultados que elucidam essa problemática: Cerca de 68% dos questionados estudaram por até 08 anos escolares, onde o tempo médio de exposição individual laboral aos agroquímicos é superior a 24 anos, apenas 54% dos entrevistados receberam instruções acerca do uso desses produtos e, entre esses, 47% relataram que os treinamentos foram realizados pelas empresas fabricantes para a divulgação da quantidade ideal a ser aplicada nas plantações (LORENZATTO et al., 2020).

Para minimizar os impactos à saúde causados pelo manejo e pelo consumo de agroquímicos melhorarem a qualidade de vida da população e preservar o ambiente, destaca-se algumas iniciativas do estado de Santa Catarina, entre elas: A criação da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos, com ações que incluem analisar os resíduos de agrotóxicos em águas apropriadas ao consumo, assim como, executar projetos de educação e de comunicação sanitária-agropecuária (ALMEIDA, 2015).

A Medida Provisória nº 226, também chamada “Tributação Verde”, prevê a taxa tributária proporcional à toxicidade do agroquímico (SANTA CATARINA, 2019); e a Lei Ordinária 10628/2019 define a capital Florianópolis como “Zona Livre de Agrotóxicos”, na qual é proibida a utilização e o armazenamento de qualquer agroquímico, independente da finalidade (FLORIANÓPOLIS, 2019).

Vale lembrar que todas essas medidas adotadas pelo estado de Santa Catarina tem sido fruto de intensas discussões as quais estão instaladas e atuantes, dentre elas a criação do Fórum Catarinense de Combate aos Impactos dos Agrotóxicos e Transgênicos (FCCIAT)[1], que envolve diversas entidades, sendo atualmente presidido por um promotor de justiça. Ademais, esta entidade, no mês de março de 2019, promoveu um evento cuja temática foi o câncer infantil e a contaminação da água, espaço em que foram debatidas essas questões, considerando-as importantes para se pensar em estratégias que minimizem a exposição aos agroquímicos, além de promoção da melhoria na condição de vida da população.

4. CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À CRIANÇA COM CÂNCER NO OESTE - SC

Entre 2020 a 2022, a estimativa é de que ocorram 8.460 casos novos de câncer infantojuvenil no Brasil, sendo 4.310 casos no sexo masculino e 4.150 no sexo feminino. Para 2020, é esperado que a Região Sul apresente à maior frequência de casos novos de câncer infanto-juvenil, com taxa bruta de 165,27 casos por milhão, seguido pelas Regiões Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Norte (INCA, 2019). Relacionado a isso, apesar do número de casos serem altos no estado, nos últimos 15 anos foi possível observar mudança na configuração do fluxo de atendimento do paciente infanto-juvenil no estado de Santa Catarina, com a implantação de novos centros habilitados para o tratamento (INCA, 2019).

De acordo com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, instituída pela Portaria GM/MS nº 874/2013, o SUS deve garantir o cuidado integral a pacientes com câncer, abrangendo aspectos de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos (BRASIL, 2013). Essa assistência deve acontecer através da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, as quais devem ser idealizadas como redes regionalizadas e descentralizadas, sob responsabilidade das secretarias estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, a inserção das linhas de cuidado ao paciente com câncer acontece por meio das estruturas operacionais das redes de atenção à saúde, como a atenção hospitalar realizada pelas unidades de assistência de alta complexidade em oncologia (UNACON) e pelos centros de alta complexidade em oncologia (CACON) (BRASIL, 2013). Esses centros de assistência de alta complexidade em oncologia devem prestar serviços de cirurgia, radioterapia, oncologia clínica, hematologia oncologia pediátrica (BRASIL, 2019).

Desde o início dos anos 2000, a rede de atendimento ao paciente com câncer em Santa Catarina vem se expandindo. Em 2016, eram 16 estabelecimentos habilitados, atualmente existem 20 centros de referência para o tratamento do paciente oncológico no estado. Um desses estabelecimentos é o Hospital Regional do Oeste (HRO), o qual é administrado pela Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira. Esse serviço hospitalar possui uma UNACON, tendo disponíveis as especialidades de oncologia clínica, oncologia cirúrgica, quimioterapia, hematologia e de radioterapia; além áreas de fisioterapia, enfermagem oncológica, nutrição, serviço social, entre outras. O Hospital da Criança Augusta Müller Bohner (HC), é administrado pela mesma Associação, e é considerada uma extensão do HRO. Ambos encontram-se situados no município de Chapecó (SC) (SANTA CATARINA, 2016).

O HRO iniciou as atividades de atendimento em 1986 com 60 leitos, e atualmente possui 293 leitos. Para isso, conta com mais de 1000 funcionários, 337 médicos divididos em 25 especialidades. Atende uma população de 1,3 milhões de habitantes, abrangendo os municípios da Região Oeste Catarinense, Sudoeste do Paraná, Norte e Noroeste do Rio Grande do Sul. Recentemente, uma nova ala com nove andares do HRO foi inaugurada, e passará a ofertar 475 novos leitos, 12 novas salas de cirurgia e 26 novos leitos para Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Desses leitos para UTI, 10 serão para UTI pediátrica, 09 para UTI geral e 07 para UTI coronária (HOSPITAL REGIONAL DO OESTE, 2020).

O HC recebe crianças de 0 a 12 anos. O atendimento em oncologia pediátrica é destinado para pacientes com a faixa etária de 0 a 17 anos e 11 meses e 29 dias, sendo referência para mais de 130 cidades presentes nas macrorregiões, Grande Oeste e meio Oeste de Santa Catarina. Portanto, a área de abrangência é de, aproximadamente 1,5 milhões de habitantes. Inaugurada no final de 2015, a ala de oncologia infantil do HC possibilita que muitas crianças com câncer, que antes necessitavam se deslocar até Florianópolis ou Joinville, possa ser submetido ao tratamento com mais conforto e agilidade.

Atualmente, a equipe multiprofissional do HC é composta por 15 técnicos de enfermagem, 05 enfermeiros, 03 oncologistas pediátricos, 01 dentista, 01 fisioterapeuta, 01 psicólogo, 01 nutricionista e 01 assistente social. Com relação à estrutura física, há 08 leitos de internação e 05 poltronas de aplicação de quimioterapia de curta duração, ambulatorios, bloco cirúrgico com 02 salas de cirurgia e setor de emergência (HOSPITAL REGIONAL DO OESTE, 2020; LIMA, 2020)

Os dados do HC mostram que, desde a inauguração até dezembro de 2019, ocorreram, em média a cada mês, 158 consultas e 25 internações. Sobre dados específicos da oncologia pediátrica, nesse mesmo período, foram administradas, aproximadamente, 75 quimioterapias por mês. Em média, seis novos casos são encaminhados para investigação e 75 novos casos foram recebidos por ano de câncer infantojuvenil. No momento, em torno de 142 pacientes estão em seguimento oncológico (LIMA, 2020).

A implantação de cursos de Medicina pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) e pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), em 2006 e 2016, respectivamente, vem contribuindo para a instituição de protocolos de diagnóstico e tratamento nos serviços aqui descritos. Além disso, inúmeros projetos de ensino, pesquisa e extensão são realizados conjuntamente com as equipes de saúde do HRO e do HC. Nesse período, foram introduzidos 07 programas de residência médica, sendo que o de Pediatria é desenvolvido no HC e possui atividades relacionadas ao Serviço de Oncologia Pediátrica (HOSPITAL REGIONAL DO OESTE, 2020).

Por fim, há expectativas que o HC torne-se um UNACON exclusivo pediátrico, assim como é atualmente Hospital Materno Infantil Dr Jessor Amarante Faria, em Joinville, e o Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis. Além disso, espera-se o aumento de 08 para 12 leitos de internação, aumento de 05 para 08 cadeiras de quimioterapia de curta duração e, aumento de 05 para 10 leitos de UTI pediátrica. Ainda, há

expectativas da implantação da unidade de transplante de medula óssea, tornando-se referência estadual para esse procedimento (LIMA, 2020).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado efetivo em saúde, tanto aquele que se refere à promoção da saúde, como também à prevenção de agravos específicos, necessita de reflexões com evidências científicas e observação contínua da realidade. É notória a necessidade de outros estudos que apresentem as vulnerabilidades e as reais necessidades no contexto brasileiro em relação à ocorrência de câncer infanto-juvenil e o uso indiscriminado e desprotegido de agroquímicos. Além disso, a contextualização da região Oeste de Santa Catarina apresentou especificidades que necessitam ser consideradas quando se pensam estratégias de prevenção e organização dos serviços, para que assim, possam ser impulsionadas ações para melhoria da assistência oncológica.

REFERÊNCIAS

- [1] ALMEIDA, M. D. Relatório: Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos no Estado de Santa Catarina. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília/DF, 2015.
- [2] BARBOSA, Isadora Marques; SALES, Diane Sousa; ARREGI, Miren Uribe; RIGOTTO, Raquel Maria. Câncer infantojuvenil: relação com os polos de irrigação agrícola no estado do Ceará, Brasil. *Ciênc. saúde colet.*, São Paulo - SP, v. 24, n. 4, p. 1563 - 1570, 2 maio 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.06662017>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n4/1563-1570/>. Acesso em: 13 maio 2020.
- [3] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 875, de 16 de maio de 2013. 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). Brasília: MS, 2013.
- [4] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília: MS, 2014.
- [5] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1399, de 17 de dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Brasília: MS, 2019.
- [6] BVS. Biblioteca Virtual de Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. DeCS. 2020. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em: 13 maio 2020.
- [7] CAMPONOVARA, Silviamar; RODRIGUES, Isis de Lima; DIAS, Gisele Loise; MOURA, Lenize Nunes; VIERO, Cibelle Mello; MIORIN, Jeanini Dalcol. Implications of pesticide use: perceptions of families of children with cancer. *Rev. Fund. Care Online*, Rio de Janeiro - RJ, v. 9, n. 3, p. 786 - 794, jul - set 2017. DOI [dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.786-794](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.786-794). Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5477>. Acesso em: 13 maio 2020.
- [8] CARVALHO, M. M. X.; NODARI, E. S.; NODARI, R. O. "Defensivos" ou "agrotóxicos"? História do uso e da percepção dos agrotóxicos no estado de Santa Catarina, Brasil, 1950-2002. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v.24, n.1, jan.-mar., p.75-91. Rio de Janeiro, 2017.
- [9] CHEN, Sheng; GU, Shuo; WANG, Yue; YAO, Yongliang; WANG, Guoquan; JIN, Yue; WU, Yeming. Exposure to pyrethroid pesticides and the risk of childhood brain tumors in East China. *Environmental Pollution*. v. 218, p. 1128 - 1134, 1 set. 2016. DOI <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2016.08.066>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0269749116309885?via%3Dihub>. Acesso em: 13 maio 2020.
- [10] DALEGRAVE, D.; MAGRO, J. D.; CORRALO, V. S. Determinação de resíduos de agroquímicos em reservatórios da bacia do alto rio Uruguai. Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais. Chapecó, 2012. Disponível em: <<http://konrad.unochapeco.edu.br/pergamum/biblioteca/index.php?codAcervo=210238>>
- [11] FEBVEY, Olivia; SCHÜZ, Joachim; BAILEY, Helen D.; CLAVEL, Jacqueline; LACOUR, Brigitte; ORSI, Laurent; LIGHTFOOT, Tracy; ROMAN, Eve; VERMEULEN, Roel; KROMHOUT, Hans; OLSSON, Ann. Risk of Central Nervous System Tumors in Children Related to Parental Occupational Pesticide Exposures in three European Case-Control Studies. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, [s. l.], v. 58, n. 10, p. 1046 - 1052, out 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27525525>. Acesso em: 13 maio 2020.
- [12] FLORIANÓPOLIS. Lei N. 10.628, de 08 de Outubro de 2019. Institui e Define Como Zona Livre de Agrotóxicos a Produção Agrícola, Pecuária, Extrativista e as Práticas De Manejo dos Recursos Naturais no Município de Florianópolis. 2019. Disponível em:

http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/08_10_2019_19.11.46.8cf40f7e6dfa7fb46e0b8e8312113bba.pdf. Acesso em: 25 maio 2020.

- [13] GÓMEZ-BARROSO, Diana; GARCÍA-PÉREZ, Javier; LÓPEZ-ABENTE, Gonzalo; TAMAYO-URIA, Ibon; MORALES-PIGA, Antonio; ROMAGUERA, Elena Pardo; RAMIS, Rebeca. Agricultural crop exposure and risk of childhood cancer: new findings from a case-control study in Spain. *International Journal of Health Geographics*, [s. l.], v. 15, n. 18, p. 1 - 11, 31 maio 2016. DOI <https://doi.org/10.1186/s12942-016-0047-7>. Disponível em: <https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12942-016-0047-7>. Acesso em: 13 maio 2020.
- [14] GOULARTI FILHO, A. A formação econômica de Santa Catarina. In.: *Ensaio FEE*, v23, nº2, p.977-1007. Porto Alegre, 2002.
- [15] GRISA, C.; TECCHIO, A.; CHECHI, L.A.; SABOURIN, E.; As práticas produtivas e alimentares no espaço rural do Oeste de Santa Catarina: a ação pública na busca e na crítica à modernidade. *Estudos Sociedade e Agricultura*, 28 (1), 78-108, fev. a mai. 2020.
- [16] HOSPITAL REGIONAL DO OESTE. Estrutura do HRO. Disponível em: <<https://hro.org.br/estrutura/>>. Acesso em: 13 mai. 2020.
- [17] IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Agropecuário de 2017. Disponível em: <<https://censos.ibge.gov.br/agro/2017/>>
- [18] IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. 2010.
- [19] INCA. Instituto Nacional do Câncer José Gomes de Alencar da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. 120 p.
- [20] LIMA, Patrícia Carla de. Entrevista concedida ao Projeto de Pesquisa Sistemas de Informação em Saúde e os registros oncológicos de câncer infantojuvenil em Chapecó/SC, 2020.
- [21] LOCATELLI, O. C. Metais pesados nas águas da Microbacia do Lajeado São José – Chapecó – SC – Brasil e suas implicações na saúde da população. *Revista Grifos*, n. 27, dezembro, 2009.
- [22] MARTÍNEZ-PERAFÁN, Fabián; SANTOLI, María Fernanda; LÓPEZ-NIGRO, Marcela; CARBALLO, Marta Ana. Assessment of the health status and risk of genotoxic and cytotoxic damage in Argentinian adolescents living near horticultural crops. *Environ Sci Pollut Res*, [s. l.], v. 25, p. 5950 – 5959, fev 2018. DOI <https://doi.org/10.1007/s11356-017-0969-z>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11356-017-0969-z>. Acesso em: 13 maio 2020.
- [23] MPSC. Ministério Público de Santa Catarina. Levantamento do MPSC aponta que 22 municípios do estado recebem água com agrotóxicos. 2019 mar. 22; Notícias. Disponível em: <https://www.mpsc.mp.br/noticias/levantamento-do-mpsc-aponta-que-22-municipios-do-estado-recebem-agua-com-agrotoxicos>. Acesso em 25 maio 2020.
- [24] NIEDERLE, S. L.; GUILARDI, L. Aspectos gerais do desenvolvimento socioeconômico nas regiões de Santa Catarina. *Revista NECAT - Núcleo de Estudos de Economia Catarinense*. Florianópolis, 2013.
- [25] PLUTH, Thaís Bremm; ZANINI, Lucas Adalberto Geraldi; BATTISTI, Iara Denise Endruweit. Pesticide exposure and cancer: an integrative literature review. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro - RJ, v. 43, n. 122, p. 906 - 924, jul - set 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912220>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000300906&tlng=en. Acesso em: 13 maio 2020.
- [26] SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano de ação da rede de atenção à saúde das pessoas com câncer em Santa Catarina. Florianópolis: Governo do Estado de Santa Catarina, 2016. 97 p. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexo-de-liberacoes-2016/10183-anexo-del-15/file>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- [27] SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Florianópolis, 2018. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-diretor-de-regionalizacao/14617-plano-diretor-de-regionalizacao-2018/file>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- [28] SANTA CATARINA. Medida Provisória nº 226/2019, de 23 de agosto de 2019. Diário Oficial do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 19 de ago. de 2019.
- [29] TSAIA, Meng-Shan; CHENB, Mei-Huei; LIN, Ching-Chun; LIU, Chen-Yu; CHEN, Pau-Chung. Children's environmental health based on birth cohort studies of Asia (2) – air pollution, pesticides, and heavy metals. *Environmental Research*, v. 179, part A. p. 1 - 22, 21 set. 2019. DOI <https://doi.org/10.1016/j.envres.2019.108754>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013935119305511?via%3Dihp>. Acesso em: 13 maio 2020.
- [30] WINCKLER S.; RENK, A.; MUNARINI, A.E. Conflitos socioambientais entre agricultura familiar orgânica e agroecológica e o agronegócio na região oeste de Santa Catarina. *Acta Ambiental Catarinense*, Vol. 15, N. ½, 2018.

Capítulo 13

Câncer infantojuvenil: Uma abordagem possível para atenção primária de saúde

Jadianne Ferreira da Silva

Allana Regina de Lima Silva

Artur Rodrigo Oliveira de Luna

Ericka Vanessa de Lima Silva

Fernanda Bandeira de Melo Rocha

Joyce Kelly Cavalcante de Souza

Roberta Albanez de Lemos Caldas

Vera Lúcia Lins de Moraes

Resumo: O câncer infantojuvenil é considerado a primeira causa de morte por doença na faixa etária de 0 a 19 anos. Sintomas inespecíficos e falta de conhecimento dos profissionais sobre o assunto dificulta o diagnóstico precoce e diminui a possibilidade de cura do paciente. A Atenção básica de saúde é o primeiro local de acesso e identificação desse tipo de agravo a saúde, com isto a capacitação dos profissionais ajuda no diagnóstico precoce. O curso “Fique Atento: Pode ser Câncer!”, é uma das capacitações oferecidas aos profissionais onde esse tema é debatido de maneira ampla. Os objetivos desta pesquisa foram: Investigar a participação e o aproveitamento de profissionais da rede de atenção básica do distrito sanitário II da cidade do Recife-PE no curso, traçar o perfil dos participantes e quantificar os acertos das questões que foram respondidas. Na metodologia aplicou-se a pesquisa transversal descritiva com abordagem quantitativa. Como resultados observou-se que 87,9% dos participantes foram do sexo feminino e 82% nunca haviam participado de cursos sobre a temática. Durante a comparação entre o nível de acerto do teste pré e pós curso, foi evidenciado um acréscimo no número de acertos na maioria das categorias profissionais. Conclui-se a importância da oferta do curso “Fique Atento: Pode ser Câncer” para as equipes de saúde, pois instiga os profissionais a conhecerem mais sobre a doença o que favorece o diagnóstico precoce da doença, repercutindo positivamente nas chances de cura.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Neoplasia. Telessaúde. Educação em Saúde. Saúde da Criança.

1. INTRODUÇÃO

O Câncer Infantojuvenil se caracteriza por uma variedade de tipos diferentes que afetam pessoas de 0 a 19 anos e quando comparados com cânceres fora dessa faixa etária se diferencia histologicamente e clinicamente, sendo necessária uma abordagem diferenciada e específica. Em 2014 a mortalidade da doença foi de 7% tornando-se a primeira causa de morte por doença entre 1 a 19 anos, perdendo apenas para causas externas (INCA,2016; BRASIL, 2017; SILVA et al, 2012).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), são estimados para o ano de 2017 aproximadamente 12.600 novos casos de câncer infantojuvenil, dentro deste quantitativo o Nordeste ficará com uma parcela de 2.750 (21,83%) novos casos, ocupando o segundo maior índice das regiões do país (BRASIL, 2017; INCA, 2016).

A doença possui inespecificidade em sua apresentação, tornando difícil o diagnóstico precoce. Um dos motivos do diagnóstico tardio é a desinformação dos profissionais de saúde sobre a doença, o que acaba repercutindo de maneira negativa na taxa de sobrevivência e cura de crianças e adolescentes (REIS, 2009).

Em 2017 foi lançado pelo Ministério da Saúde(MS) o Protocolo de Diagnóstico Precoce do Câncer Pediátrico, onde enfatiza a atenção básica como porta de entrada a criança com câncer, trazendo a Estratégia Saúde da Família(ESF) como fundamental no processo do diagnóstico precoce do câncer pediátrico (BRASIL, 2017).

A ESF é o principal instrumento para o desenvolvimento dessa prática, uma vez que tem como foco ofertar cobertura a áreas geográficas delimitadas e oferece suporte de saúde primário com alvo na prevenção de agravos. Para que essa consiga abarcar as especificidades do câncer infantojuvenil, faz-se necessário profissionais qualificados e treinados para dar suporte integral e eficiente a essa população (BARROS et al, 2016; BRASIL, 2011).

Uma das atribuições do enfermeiro da atenção básica é o atendimento integral à criança e ao adolescente. Através do exame físico é possível uma detecção de sinais e sintomas sugestivos a uma neoplasia, para que os sinais sejam detectados de maneira prévia os enfermeiros devem ser capacitados e conhecerem a doença (INCA, 2008).

A oferta de educação continuada para profissionais de saúde, inclusive da atenção básica, é prevista pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e vem se aprimorando ao longo dos anos com a inclusão de ferramentas novas mais acessíveis, democráticas e dinâmicas, que tentam se enquadrar ao cotidiano agitado dos dias atuais, a Educação a Distância (EAD) é um exemplo de ferramenta de educação tecnológica (VARGAS et al, 2016).

Um exemplo de recurso do SUS que usa a EAD é o Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes (PNTBR), desde 2007, através dos seus Núcleos Técnico-científicos vem apoiando a atenção básica com o uso de internet e outros recursos tecnológicos para oferecer serviço de teleassistência, tele-educação e telegestão (OLIVEIRA et al, 2016; VARGAS et al, 2016).

A Rede de núcleos de Telessaúde (RedeNUTES) é um dos núcleos técnico-científicos que realiza o PNTBR em Pernambuco. Foi por meio dele que os profissionais da atenção básica da cidade do Recife-PE foram sensibilizados sobre o câncer infantojuvenil, através do curso “Fique Atento: Pode ser Câncer” (SILVA, 2013).

O curso supracitado, é de parceria da RedeNUTES com o Grupo de Ajuda à Criança com Câncer de Pernambuco (GAC-PE), a Prefeitura da cidade do Recife através da Secretaria Municipal de Saúde, o Hospital Universitário Oswaldo Cruz - HUOC/UPE, o Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão CAV/UFPE e os Núcleos de Telessaúde da UPE, do PROCAPE e do CISAM (BARROS et al, 2016).

A sua primeira turma foi formada por 309 profissionais de saúde da atenção básica do Distrito Sanitário II da cidade do Recife. Abrangendo assuntos como sinais e sintomas, epidemiologia e tratamento do câncer infanto-juvenil, tendo como objetivo a suspeição do diagnóstico precoce da doença (BARROS et al, 2016).

Esse artigo tem como objetivo investigar a participação e o aproveitamento de profissionais da rede de atenção básica do distrito sanitário II da cidade de Recife-PE, acerca de um treinamento sobre câncer infantojuvenil.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi desenvolvida uma pesquisa transversal, descritiva com abordagem quantitativa dos dados, por ser a mais adequada forma de se alcançar os objetivos traçados.

O estudo transversal acontece quando se pesquisa algo que está acontecendo em um momento específico, podendo identificar um desfecho para esse acontecimento (ARAGÃO, 2011).

A pesquisa descritiva segue um padrão na obtenção de dados, com finalidade de analisar e detalhar acontecimentos em diversos campos. Podendo esta coleta ser realizada através de questionários ou não (RODRIGUES et al., 2011).

As informações analisadas foram desenvolvidas através dos dados extraídos do banco do RedeNutes, plataforma INDU de teleeducação na qual o curso “Fique Atento: Pode Ser Câncer” foi transmitido e disponibilizado. O RedeNutes é um núcleo de telessaúde administrado pelo Hospital das Clínicas e a Universidade Federal de Pernambuco com o objetivo de oferecer um maior suporte aos profissionais da atenção básica por meio de teleassistência, teleeducação e telegestão. Sua sede está localizada na UFPE - Hospital das Clínicas, 2º andar Av. Prof. Moraes Rego CEP: 50670-420 CDU - Recife, PE.

A população foi composta por profissionais da atenção básica de diversas categorias que realizaram o curso “Fique Atento: Pode ser Câncer” no ano de 2015.

Foi utilizado uma amostragem não probabilística, com seleção por conveniência a qual é destituída de qualquer rigor estatístico, na qual o pesquisador seleciona elementos aos quais tem acesso, admitindo que esses possam de alguma forma, representar o universo, constituído por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do distrito sanitário II da cidade do Recife-Pernambuco, que participaram do curso disponível na plataforma RedeNutes no período de setembro a novembro de 2015.

A coleta de dados foi realizada durante o mês de outubro de 2017, através de uma análise estratificada de um roteiro de coleta de dados previamente elaborado pela coordenação do curso em questão, para coletar as informações pertinentes e alcançar os objetivos propostos.

Foi realizado tomando como base os dados e informações fornecidas no questionário respondido pelos profissionais nos momentos do pré e pós teste, com o intuito de estabelecer o perfil dos participantes, quais profissionais tiveram maior índice de adesão e avaliar o conhecimento adquirido pelos mesmos, tendo em vista que todas as perguntas presentes no questionário estão relacionadas com as aulas ministradas por meio de videoconferência durante todo o curso. O questionário que os participantes do curso foram submetidos no início e ao término do curso, foi intitulado de “pré teste e pós teste” respectivamente, onde o participante respondeu como critério de avaliação e aprovação.

O questionário elaborado pela coordenação do curso “Fique Atento: Pode ser Câncer” foi utilizado para obtenção das respostas dos participantes, o qual foi respondido pelos profissionais no início e no término do curso, sendo possível uma comparação entre as respostas antes e pós - curso. O questionário foi composto por 11 questões de múltipla escolha com os seguintes tópicos: A epidemiologia do câncer infantil, os sinais e sintomas, o diagnóstico precoce e tratamento.

Os dados foram registrados em um banco de dados pelo Excell, pelos próprios pesquisadores, utilizando o suporte do software EPINFO versão 7.2 e calculados os valores absolutos e relativos de cada variável analisada. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas e gráficos.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

Como mostra a Tabela 1 foram realizadas 476 inscrições de profissionais, no entanto apenas 309 foram analisados no estudo em questão, por possuírem todos os requisitos pré-estabelecidos nos critérios de inclusão. Entre os selecionados para o estudo apenas 18% já haviam realizado capacitação na área de abrangência do curso, reforçando o quanto o assunto é importante para a educação permanente dos profissionais da Atenção Básica.

Tabela 1 - Descrição do número de inscritos, exclusão e inclusão dos profissionais no curso “Fique Atento: Pode ser Câncer”. Distrito Sanitário II, Recife-PE, 2015.

VARIÁVEIS	N	%
Total de Inscritos	476	100,0
Exclusão: TCLE não assinado	70	14,7
Exclusão: Pré-teste não respondido	92	19,3
Exclusão: Pós-teste não respondido	5	1,1
Incluídos: TCLE e Pré/Pós Testes respondidos e salvos	309	64,9

O câncer infantojuvenil é um tema pouco abordado na área de saúde sobretudo na Atenção Básica. Um dos fatores dessa realidade é que a doença possui um certo tabu entre a população em geral e inclusive nos profissionais de saúde. O diagnóstico de câncer implica vivenciar situações marcadas pela insegurança, perigo, sofrimento e dor, em muitos casos, é uma sentença de morte. Diante desse contexto, a criança ou adolescente e sua família necessitam de uma abordagem de atenção à saúde, cujo foco seja a qualidade de vida (NOIA et al., 2016).

Entre os profissionais participantes do curso “Fique Atento: Pode ser Câncer” apenas 18 % tinham recebido algum tipo de treinamento sobre o tema, revelando a necessidade do debate entre os profissionais de saúde da atenção primária.

Conhecer o câncer infantojuvenil, seu impacto e tratamento, é fundamental para o planejamento de ações que resultem em um atendimento adequado e integral à criança e ao adolescente. Programar medidas preventivas e de proteção, diagnóstico precoce de complicações do tratamento, são alguns dos meios que garantem um melhor prognóstico da doença (GOMES et al., 2013).

Para que o diagnóstico ocorra precocemente é necessário que os profissionais sejam capacitados sobre o tema, conhecendo os sinais e sintomas da doença em questão, encaminhando a criança e adolescente em tempo oportuno para centros especializados e tratamentos de qualidade (BARROS et al., 2016).

O sexo feminino foi o mais predominante, atingindo 87,9% de adesão ao curso, entre 18 categorias profissionais em áreas de atuação diferentes, que serão descritas adiante na Tabela 2. Para essa avaliação foram excluídos 20 questionários sem essa resposta, tendo como amostra total 289 questionários.

Essa representatividade pode ser explicada pelo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e desenvolvido pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM/ NESCON/UFMG). As análises da UFMG revelou que 65% dos mais de 6 milhões de profissionais de saúde divididos em atividades hospitalares, extra hospitalares e atividades indiretas são ocupadas por mulheres.

A Tabela 2 distribuiu as 14 categorias profissionais de saúde participantes, incluindo ainda, assistentes sociais que compõe o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), auxiliar de recepção, regulador, residente e os que não responderam. Revelando o Agente Comunitário de Saúde (ACS) com 50,16% classificando-o como o primeiro colocado pela adesão ao curso.

Os ACS são profissionais selecionados e residentes das comunidades em que a equipe de saúde da família está inserida. A atuação no país acontece desde a década de 90, quando surgiu o Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS). Para cada equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) poderá ser composta por no máximo 12 ACS, que individualmente ficam responsáveis por até 750 pessoas (SAMUDIO, 2017).

Outras duas categorias que valem ser ressaltadas são os Enfermeiros e Médicos, ambos com frequência de 7,44% e 3,24% respectivamente. Mesmo que o percentual pareça pequeno o número é bastante significativo, visto as inúmeras atribuições que são delegadas a esses profissionais na Atenção Básica, o que dificulta sua participação em cursos de capacitações não obrigatórios.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal ação da Atenção Primária à Saúde, sendo estruturada por requisitos estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Para que seja implementada a ESF cada equipe deve ser formada por uma equipe Multiprofissional, que deve ser composta por, no mínimo,

médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico em Saúde e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar de enfermagem ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Dessa formação poderá ser acrescentado como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL,2017).

Tabela 2 – Distribuição dos participantes do curso “Fique Atento: Pode ser Câncer” por categoria profissional. Distrito Sanitário II, Recife-PE, 2015.

CATEGORIA PROFISSIONAL	N	%
Agente Comunitário de Saúde	155	50,16
Auxiliar de Saúde Bucal	11	3,56
Assistente Social	2	0,65
Auxiliar de Recepção	1	0,32
Auxiliar de Enfermagem	4	1,29
Dentista	13	4,21
Enfermeiro	23	7,44
Fisioterapeuta	2	0,65
Fonoaudiólogo	2	0,65
Médicos	10	3,24
Não Informaram	63	20,39
Nutricionista	1	0,32
Psicólogo	1	0,32
Regulação	4	1,29
Residente	1	0,32
Técnico de Enfermagem	12	3,88
Tec. Saúde Bucal	3	0,97
Terapeuta Ocupacional	1	0,32
Total	309	100

Os valores apresentados em relação aos anos de trabalho dos profissionais participantes possui uma média de 11 anos o que pode ser explicado pela alta rotatividade dos profissionais desta área, onde alguns possuem contratos empregatícios com as secretarias de saúde municipais, e outros participam de programas federais de curta duração, como exemplo o Programa Mais Médicos. Vale salientar que os profissionais participantes do NASF-AB incluído nesse cálculo possuem no máximo 9 anos de trabalho, pois o núcleo foi instituído a partir do ano de 2008 (INCA, 2008).

Os profissionais que compõem o NASF-AB são convocados de acordo com a demanda da ESF e podem atender até mais de uma equipe de Saúde da Família. A formação do núcleo é determinado pelo Ministério da Saúde (MS) ,da seguinte maneira: Assistente social; Educador Físico; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista; médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitarista (BRASIL, 2011).

O dimensionamento sugerido pelo MS não é obrigatório para se ter um NASF-AB atuante, porém se preconiza um grupo necessário para atender a necessidade da comunidade de forma integral.

Na comparação dos acertos entre os pré e pós testes, foram excluídas as respostas do auxiliar de recepção, reguladores e residente, por priorizar as respostas dos profissionais que estão de forma ativa no diagnóstico. Desta forma foram excluídos 63 questionários.

Tabela - 3 Descrição de acertos do pré e pós Teste sobre a epidemiologia do câncer, relacionado a cada categoria profissional participante do curso “Fique Atento: Pode ser Câncer”. Distrito Sanitário II, Recife-PE 2015.

VARIÁVEIS	(Pré-teste)N	%	(Pós-teste)N	%
O câncer é uma patologia comum na criança?				
ACS	80	51,6	108	69,6
Enfermeiro	12	54,5	16	72,7
Médico	4	40	7	70
Auxiliar/ Técnico de enfermagem	11	68,7	9	56,2
Saúde bucal	16	61,5	16	61,5
NASF	4	44,4	4	44,4
Qual a posição das neoplasias infantojuvenis (de 1 a 19 anos) no quadro de mortalidade nacional?				
ACS	73	47	92	59,3
Enfermeiro	15	68,1	19	86,3
Médico	7	70	10	100
Auxiliar/ Técnico de enfermagem	10	62,5	14	87,5
Saúde bucal	13	50	21	80,7
NASF	5	55,5	5	55,5
Qual o tipo de neoplasia infantil mais frequente em Pernambuco?				
ACS	106	68,3	120	77,4
Enfermeiro	15	68,1	17	77,2
Médico	9	90	9	90
Auxiliar/ Técnico de enfermagem	13	81,2	15	93,7
Saúde bucal	21	80,7	23	88,4
NASF	8	88,8	5	55,5

Tabela - 4 Descrição de acertos do pré e pós Teste sobre os sinais e sintomas do câncer, relacionado a cada categoria profissional participante do curso “Fique Atento: Pode ser Câncer”. Distrito Sanitário II, Recife-PE 2015.

VARIÁVEIS	(Pré-teste)N	%	(Pós-teste)N	%
Assinale o tipo de câncer relacionado às manifestações clínicas a seguir: Palidez, sangramentos, dor nos ossos e articulações, fadiga, febre e perda de peso.				
ACS	103	66,4	103	66,4
Enfermeiro	14	63,6	19	86,3
Médico	10	100	10	100
Auxiliar/ Técnico de enfermagem	8	50	10	62,5
Saúde bucal	23	88,4	22	86,6
NASF	5	55,5	7	77,7
Assinale o tipo de câncer relacionado às manifestações clínicas a seguir: Dor de cabeça, náuseas/vômitos, visão turva ou dupla, tontura e dificuldade para caminhar ou manipular objetos.				
ACS	89	57,4	107	69
Enfermeiro	14	63,6	16	72,7
Médico	7	70	9	90
Auxiliar/ Técnico de enfermagem	10	62,5	14	87,5
Saúde bucal	17	65,3	21	80,7
NASF	6	66,6	6	66,6
Assinale o tipo de câncer relacionado às manifestações clínicas a seguir: Linfadenopatia no pescoço, axila e/ou virilha, sudorese noturna excessiva, febre, prurido e perda de peso sem explicação.				
Enfermeiro	18	81,8	15	68,1
Médico	8	80	9	90
Auxiliar/ Técnico de enfermagem	13	81,2	14	87,5
Saúde bucal	16	61,5	23	88,4
NASF	7	77,7	7	77,7

De acordo com a tabela 3, o conhecimento e a análise frequente dos dados epidemiológicos pelos profissionais de saúde podem ser considerados como meio para a avaliação dos índices de incidência do câncer, bem como ajuda na compreensão do acesso ao tratamento e o progresso contra o câncer. Esses dados também facilitam na construção de planos de ação de acordo com os tipos mais frequentes na sua comunidade (AMADO, 2013).

Já a tabela 4, procurou associar o tipo de câncer com os sinais e sintomas mais comuns, onde por mais que a sintomatologia do câncer fosse inespecífica, os profissionais com conhecimento mais abrangente acerca da doença, tendem a ser mais hábeis a relacioná-las de modo a conseguir encaminhá-las mais rapidamente ao tratamento melhorando assim as chances de sobrevivência do paciente (SBP, 2013).

Em análise sobre a comparação de acertos totais entre o pré e pós teste, ficou evidente que a maioria dos profissionais aumentou o número de acertos, distribuídos da seguinte forma: ACS 10,4%, enfermeiros 20,2%, médicos 15%, auxiliares e técnicos de enfermagem 11,5%, equipe de saúde bucal 12%, a equipe do NASF foi a única que teve uma queda neste coeficiente ficando com 1,8% menor que no pré-teste, nas Tabelas 3 e 4 são possíveis analisar os resultados de todos os profissionais de saúde participantes do curso.

Observou-se que os médicos e os enfermeiros obtiveram os maiores índices, mas isso não os torna os únicos responsáveis pelo rastreamento, diagnóstico e tratamento da doença na comunidade.

Em contrapartida evidenciou-se que o NASF possui entraves no conhecimento do câncer infantojuvenil, o que pode ser explicado por serem equipes que seguem diretrizes focadas em doenças mais prevalentes na comunidade em que atuam.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer Infantojuvenil possui grandes dificuldades no diagnóstico, visto suas particularidades na manifestação dos sinais e sintomas, o que dificulta a realização pelos profissionais de um diagnóstico precoce refletindo diretamente no prognóstico e cura da doença.

Após a análise de todos os resultados relatados na pesquisa em questão, foi possível identificar que houve um acréscimo de conhecimento sobre o tema na maioria dos profissionais. No entanto observou-se um diferente aproveitamento em cada categoria, que pode estar relacionado com o conhecimento prévio acerca da doença, o que foi observado principalmente entre médicos e enfermeiros, que obtiveram os melhores índices de aproveitamento.

Apesar destes índices demonstrarem um valor quantitativo pequeno, o curso favorece o processo de aprimoramento profissional que deve ocorrer de forma contínua, agregando valores e conhecimentos acerca de doenças e agravos à saúde infantil, visto que essa população tem seu crescimento e desenvolvimento acompanhado na atenção básica.

Tendo em vista que a maioria dos profissionais não havia realizado nenhum curso sobre o assunto, este fato, pode estar associado às causas do alto índice epidemiológico, com isso o curso Fique Atento: Pode Ser Câncer Infanto-juvenil pode ser considerado uma ferramenta de capacitação para os mesmos, sua continuidade, de modo mais perscrutado, se faz importante, efetivando assim um maior aprimoramento dos profissionais acerca do assunto. Com isso pode-se destacar a importância da extensão do curso e/ou a criação de outros cursos que sejam oferecidos não só para os profissionais da atenção básica, mas aos dos três níveis da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizadas em pesquisa científica. Revista Praxis, ano III, n.6, Agosto, 2011.
- [2] AMADO, C.F. Câncer na Infância e Adolescência: Caracterização Epidemiológica a Partir do Relacionamento do Registro de Câncer de Base Populacional e do Sistema de Informação de Mortalidade. Dissertação (Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Recife. p. 17-21. 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/13200/DISSERTACAO%20CL%C3%81UDIA%20FELL%20AMADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 13 de nov. de 2017.

- [3] BARROS M.B.S.C. et al. Fique Atento: Pode ser Câncer! A Tele-educação na Suspeição Precoce do Câncer Infantil. In: Anais do 14º Congresso Internacional de Tecnologia na Educação Brasil. Recife. Setembro de 2016. Disponível em: <http://demo.cubo9.com.br/senac/pdf/comunicacao-oral/040.pdf>. Acesso em: 17 de jan de 2017.
- [4] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Protocolo de diagnóstico precoce para oncologia pediátrica [recurso eletrônico] Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento
- [5] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 24 out. 2011.
- [6] BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/250584.html> Acesso em: 13 de nov, de 2017.
- [7] GOMES. I.P. et al. Do diagnóstico à sobrevivência do câncer infantil: perspectiva de crianças. Revista Texto Contexto em Enfermagem, Florianópolis,v.22,n3,p.671-679.Jul/Set. 2013.
- [8] INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER-INCA. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. atual. Ampliada.p.231-233, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf. Acesso em: 20 de abr de 2017.
- [9] INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
- [10] NÓIA TC.et al., Coping with the diagnosis and hospitalization of a child with childhood cancer. Invest Educ Enferm. 2015; 33(3): 465-472. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n3/v33n3a10.pdf>. Acesso em: 22 de outubro de 2017.
- [11] OLIVEIRA, M.P.R. et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores associados à Qualidade da atenção Primária. Revista Brasileira de educação Médica. Goiana,v.40, n.4,p.547-559. 2016.
- [12] REIS, J.; DIAS,S.P.;MAZZALA,C.M. A assistência da criança na atenção básica e sua relação com o diagnóstico tardio do câncer infantil. Revista Brasileira de Ciência da Saúde, São Paulo, ano VII, n.20,Abr/Jun. 2009.
- [13] RODRIGUES, A.J. et al. Metodologia Científica. 4.ed. Aracaju. Grupo Tiradentes.2011.
- [14] SAMUDIO, J.L.P. et al., Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária no Brasil: Multiplicidade de Atividades e Fragilização da Formação. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 745-770, set./dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n3/1678-1007-tes-15-03-0745.pdf>. Acesso em: 22 de outubro de 2017.
- [15] SILVA, J.K.O et al. Câncer Infantil: Monitoramento da Informação através dos Registros de Câncer de Base Populacional. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro,RJ, v.58, n.4,p.681-686, 2012.
- [16] SILVA, K.C.L. Análise do Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado de Pernambuco no Período de 2007 a 2011. 2013.162f. Tese (mestrado). Mestrado Acadêmico em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10364>. Acesso em: 17 de mar de 2017.
- [17] Sociedade Brasileira de Pediatria, SBP. Como Diagnosticar Precocemente o Câncer Infanto-Juvenil?. Departamento de Oncohematologia da SBP, 2013. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/como-diagnosticar-precocemente-cancer-infanto-sbp-2013.pdf. Acesso em: 13 de nov. de 2017.
- [18] VARGAS, F.M.A. et al. A educação a distância na qualificação de profissionais para o sistema único de saúde: Meta Estudo. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 849-870, 2016.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescência, 60, 107
Agroindústria, 93
Agroquímicos, 93
Assistência à Saúde, 28
Atenção Primária à Saúde, 7, 12, 17, 18, 23, 28, 35,
42, 51, 53, 70, 80, 81, 82, 87, 101, 104

C

Conhecimento, 9, 15, 70, 78, 81, 86

D

Diagnóstico Precoce, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 20,
21, 24, 26, 28, 29, 33, 35, 42, 52, 57, 63, 71, 72,
74, 75, 76, 86, 87, 91, 92, 101, 102, 103, 104,
107, 108

E

Educação em Saúde, 5, 101, 104
Educação Especial, 44, 45, 50
Enfermagem, 4, 5, 9, 13, 15, 17, 20, 22, 23, 25, 26,
36, 42, 43, 60, 65, 68, 69, 71, 73, 76, 78, 79, 80,
81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 97, 98, 105,
106, 107, 108
Enfermagem Primária, 22
Epidemiologia, 13, 51

N

Neoplasia, 11, 12, 14, 15, 16, 19, 22, 23, 26, 28, 29,
31, 32, 38, 41, 45, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 61,

63, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 86, 91, 94, 95,
102, 106

O

Oncologia, 5, 6, 7, 8, 37, 43, 44, 46, 59, 60, 61, 69,
83, 92, 93, 98

P

Pediatria, 6, 15, 42, 43, 44, 59, 77, 92, 93, 98, 108
Perfil de Saúde, 37

Q

Qualidade de Vida, 60
Quimioterapia, 4, 9, 19, 60, 61, 69, 78

S

Saúde da Criança, 4, 11, 28, 51, 70, 81, 82, 83, 101
Saúde do Adolescente, 11, 28, 51, 70, 78
Sinais e sintomas, 16, 73

T

Tecnologia, 22, 23, 108
Teleducação, 11, 12
Telessaúde, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 101, 102, 108

V

Vacinas, 78, 79

Autores

Alessandra Roseli Gonçalves de Santana

Farmacêutica Residente do Programa Multidisciplinar de Atenção ao Câncer e Cuidados Paliativos do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), Caruaru – Pernambuco

Ana Paula Barasuol Rodrigues

Universidade Federal da Fronteira Sul campus Chapecó
Chapecó – SC

Ana Wladia Silva de Lima

Universidade Federal de Pernambuco- Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão- Pernambuco

Andreza Cavalcanti Vasconcelos

Enfermeira, Mestre em Educação no Ensino de Ciências e Matemática pela UFPE/CAA. Caruaru – Pernambuco

Antônio Jorge Ferreira Delgado Filho

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Anna Maria de Oliveira Isaac

Enfermeira. Recife – PE

Arli Diniz Oliveira Melo Pedrosa

Real Hospital Português. Recife, Pernambuco.

Beatriz Mendes Neta.

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. Vitória de Santo Antão-PE

Camila Gonçalves Mariz

Centro Universitário Estácio do Recife. Recife, Pernambuco.

Carlos Américo

Superintendente em Tecnologias - Equipe do Núcleo Estadual de Telessaúde da Secretaria de Saúde de Pernambuco envolvida no desenvolvimento do curso.

Chardsonclesia Maria Correia da Silva Melo

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Pernambuco.

Cláudia Benedita dos Santos

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – São Paulo

Dulcineide Oliveira

Diretora do Núcleo de Telessaúde - Equipe do Núcleo Estadual de Telessaúde da Secretaria de Saúde de Pernambuco envolvida no desenvolvimento do curso.

Eryck Nascimento Magalhães

Enfermeiro, Residente do Programa Multidisciplinar de Atenção ao Câncer e Cuidados Paliativos do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), Caruaru – Pernambuco

Geissiely Ferreira de Oliveira Monteiro.

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Recife-PE

Gilnei Fidler Soares

Universidade Federal da Fronteira Sul campus Chapecó. Chapecó – SC

Helana Maria Ferreira Renesto

Enfermeira, Mestre em Saúde Materno Infantil pelo IMIP, Docente do Centro Universitário Estácio do Recife. Recife – PE

Heloíza Gabrielly de Oliveira Cavalcanti

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Recife, Pernambuco.

Ísis Catharine Rodrigues Nascimento.

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. Vitória de Santo Antão-PE

Jairane Evely de Castro Azevedo

Enfermeira, Residente do Programa Multidisciplinar de Atenção ao Câncer e Cuidados Paliativos do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA). Caruaru – Pernambuco

Jane Kelly Oliveira Friestino

Universidade Federal da Fronteira Sul campus Chapecó. Chapecó – SC

Jessé Gomes Pereira

Enfermeiro, pós-graduado em Urgência e Emergência e urgencista pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco

Jocasta Bispo de Santana

Enfermeira, Mestre em Saúde da Criança e Adolescente pela POSCA-UFPE. Recife – PE

Joel Azevedo de Menezes Neto

Faculdade do Belo Jardim-FBJ/PE. Belo Jardim, Pernambuco.

José Teles de Oliveira Neto

Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – São Paulo

Josielly Ferreira.

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. Vitória de Santo Antão-PE

Kassiano Carlos Sinski

Universidade Federal da Fronteira Sul campus Chapecó. Chapecó – SC

Kátia Carola Santos Silva

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Pernambuco.

Lara Emanuele Santana Santos.

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. Vitória de Santo Antão-PE

Laryssa Thamyres Santos Barros.

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. Vitória de Santo Antão-PE

Lindiane Dara da Silva

Centro Universitário Estácio do Recife. Recife, Pernambuco.

Lucianne de Freitas Xavier Paulino

Web design - Equipe do Núcleo Estadual de Telessaúde da Secretaria de Saúde de Pernambuco envolvida no desenvolvimento do curso.

Luísa Victória Peres Torres

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

Magaly Bushatsky

Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Marcelo Lucas Justino da Silva

Enfermeiro, pós-graduado em gestão hospitalar e urgencista pela unidade de pronto atendimento Eduardo Campos. Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco

Marcelo Moreno

Universidade Federal da Fronteira Sul campus Chapecó. Chapecó - SC

Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho

Universidade Federal de Pernambuco- Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão- Pernambuco

Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

Marília Cleide Tenório Gomes

Apoiadora Institucional em Telessaúde - Equipe do Núcleo Estadual de Telessaúde da Secretaria de Saúde de Pernambuco envolvida no desenvolvimento do curso.

Maria Mayara Araújo Pereira

Enfermeira, Residente em Atenção à Saúde da Criança e Adolescente - Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (RIMUSH), UFPB. João Pessoa – Paraíba

Mirella Santos Barbosa de Souza.

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Recife-PE

Patricia Carla de Lima

Médica Oncologista Pediátrica do Hospital da Criança. Chapecó – SC

Pedro Albino

Desenvolvedor Web Equipe do Núcleo Estadual de Telessaúde da Secretaria de Saúde de Pernambuco envolvida no desenvolvimento do curso.

Raphael Henrique Gomes da Costa

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – São Paulo

Renata Oliveira

Coordenadora de Videocolaboração Hospitalar - Equipe do Núcleo Estadual de Telessaúde da Secretaria de Saúde de Pernambuco envolvida no desenvolvimento do curso.

Sabrina Sandriny de Sousa Silva.

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças Recife-PE

Solange Laurentino dos Santos

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Suelen Waleska Gomes de Moraes

Coordenadora de Videocolaboração em Saúde - Equipe do Núcleo Estadual de Telessaúde da Secretaria de Saúde de Pernambuco envolvida no desenvolvimento do curso.

Talita Helena Monteiro de Moura

Coordenadora de Teleducação - Equipe do Núcleo Estadual de Telessaúde da Secretaria de Saúde de Pernambuco envolvida no desenvolvimento do curso.

Thaís Maria Ribeiro Lima

Enfermeira oncologista pelo Hospital de Câncer de Pernambuco. Recife – Pernambuco

Thaynara Fernanda Soares da Silva

Enfermeira pela Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão-Pernambuco

Vander Monteiro da Conceição

Universidade Federal da Fronteira Sul campus Chapecó. Chapecó – SC

Vera Lúcia Lins de Moraes

Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, Pernambuco.

Vitoria Carla Conceição Almeida

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão Pernambuco.

Realização:



Apoio:

