

# FIQUE ATENTO: PODE SER CÂNCER! A TELE- EDUCAÇÃO NA SUSPEIÇÃO PRECOCE DO CÂNCER INFANTIL

*Be Alert: Can Be Cancer! The Telehealth as Early Suspicion Tool of  
the Cancer in Children and Youth*

Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros<sup>1</sup>, Kayse Mariano Santos Barros, Magaly  
Bushatsky, Magdala de Araújo Novaes, Raul Antônio Morais Melo  
1.maripernambucana@yahoo.com.br

## Resumo

**Introdução:** O câncer infantojuvenil, apesar de raro, é a primeira causa de morte por doença na faixa etária de 1 a 19 anos. A dificuldade na detecção precoce é devido aos sinais e sintomas inespecíficos que se assemelham às doenças comuns na infância. Dessa forma, a telessaúde pode contribuir na capacitação de profissionais para a suspeição dessas neoplasias. **Objetivo:** Relatar o curso “Fique Atento: Pode ser Câncer! A Tele-educação como Ferramenta da Suspeição Precoce do Câncer Infantojuvenil”. **Método:** Trata-se de um relato de experiência inovador realizado com o suporte da tele-educação promovido pela Rede de Núcleos de Telessaúde em 2015. As aulas foram transmitidas por webconferência para as unidades básicas de saúde quando participaram profissionais da Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife-Pernambuco. **Resultados:** Participaram do curso 309 voluntários. Desses, 79,6% (246) nunca tiveram capacitação nessa temática. Verificou-se que o curso teve um impacto positivo no conhecimento dos profissionais para identificação dos sinais e sintomas de alerta. **Conclusão:** A tele-educação revela-se uma mola propulsora para qualificação de encaminhamentos de casos suspeitos, na perspectiva de melhores prognósticos, e consequentemente mais chances de cura e sobrevida de crianças e adolescentes.

**Palavras-chave:** Neoplasias, Saúde da Criança, Telessaúde.

## Abstract

**Introduction:** The cancer in juveniles, although rare, is the leading cause of death by disease in the age group of 1-19 years. The difficulty in early detection is due to unspecific signs and symptoms resembling common childhood diseases. Thus, telehealth can contribute in the training of professionals to the suspicions of these neoplasms. **Objective:** To report the course “Be Alert: Can Be Cancer! The tele-education as Early Suspicion Tool of the Cancer in Children and Youth”. **Methodology:** This is an innovative experience report with the support of tele-education promoted by Telehealth Nucleus Network in 2015. The classes were transmitted by web conference for the basic health units as part of the Family Health Strategy with professionals from Health District II of Recife – Pernambuco. **Results:** The participants were 309 professionals. Of these, 79.6% (246) had no training in this subject. It was found that the course had an impact positive on knowledge of professionals about how to identify signs and warning symptoms. **Conclusion:** The tele-education has shown the driving force to the

*qualification in referrals from the perspective of better outcomes and, consequently, the chances of cure and survival of children and adolescents.*

*Keywords: Neoplasms, Children's Health, Telemedicine.*

## Introdução

O quadro epidemiológico do câncer infantojuvenil é relevante na perspectiva de que é a primeira causa de morte por doença na faixa etária de 1 a 19 anos. No Brasil, no biênio 2016 e 2017, estima-se que ocorrerão cerca de 12.600 casos novos de câncer pediátrico por ano. As regiões Sudeste e Nordeste apresentarão as maiores incidências, cerca de 6.050 e 2.750 novos casos, respectivamente (INCA, 2016).

O grande desafio que gira em torno da assistência a crianças acometidas pelo câncer é o fato de que os sinais e sintomas dessa patologia nessa faixa etária não são específicos, ou seja, são muito parecidos com os das chamadas 'doenças da infância', então, por muitas vezes o diagnóstico é tardiamente definido e a assistência prestada se torna menos eficaz (KLIEGMAN, 2009).

Para que o diagnóstico precoce ocorra efetivamente torna-se necessário que os profissionais da área de saúde estejam devidamente preparados e capacitados para reconhecer os sinais e sintomas que possam caracterizar o câncer infantojuvenil (FERREIRA, 2012).

Entre estes profissionais, os que permeiam a Atenção Primária à Saúde (APS), primordialmente os da Estratégia de Saúde da Família (ESF), respeitando os princípios e diretrizes de porta de entrada no sistema de saúde, vínculo, e longitudinalidade do cuidado, têm um importante papel no diagnóstico e direcionamento para o serviço especializado dos casos suspeitos de câncer (MATOSO; OLIVEIRA; COSTA, 2014).

Soma-se a isso que a maioria destes não recebe qualificação específica em oncologia e também presenciam poucos casos de câncer na infância, contribuindo, assim, para que o profissional tenha dificuldade em suspeitar de um tumor maligno. Esta demora, na conclusão do diagnóstico correto, gera encaminhamentos desnecessários, custos, contratempos familiares, e principalmente, a menor eficácia no tratamento em casos de neoplasias (FERMO, et. al., 2014).

O avanço da tecnologia é um grande aliado para os desafios supracitados, e por meio dela é possível que haja a capacitação e especialização dos profissionais da APS (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

Uma dessas ferramentas tecnológicas é a telessaúde, que tem por objetivo apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) ordenada pela Atenção Primária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MS, 2015).

Um dos serviços da telessaúde, a tele-educação, é utilizada para propiciar novos conhecimentos aos profissionais de saúde sem que eles precisem se afastar por muito tempo de seu ambiente de trabalho. Por ser realizada por vídeo ou webconferência, e transmitir para qualquer local desde que tenha acesso à internet, proporcionará uma educação continuada aos profissionais da ESF, que é fundamental, pois promove uma frequente atualização dos profissionais, os ajudando a ter uma melhor conduta no ambiente de trabalho, tanto a nível de gestão, como a nível assistencial (CRUZ; NOVAES; MACHIAVELLE; MENEZES, 2012).

Assim, o estudo tem como objetivo relatar o curso "Fique Atento: Pode ser Câncer! A Tele-educação como Ferramenta da Suspeição Precoce do Câncer Infantojuvenil" realizado para os profissionais da APS do Distrito Sanitário II da cidade de Recife-Pernambuco, em 2015.

## Referencial Teórico

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são aquelas de longa duração e, geralmente de uma progressão lenta, como as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas, endócrinas e musculoesqueléticas. São doenças multifatoriais relacionadas a fatores de riscos não modificáveis, como idade, sexo e raça, e os modificáveis destacando-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias, o consumo excessivo de sal, a ingestão insuficiente de frutas e verduras, e a inatividade física e, que atingem fortemente grupos vulneráveis (MS, 2011; WHO, 2013).

As DCNT são as principais causas de morte mundial. Os países que tem grande porcentagem de óbito por conta das DCNT são geralmente aqueles que possuem baixa e média renda (MS, 2011). Segundo SCHMIDT (2011) as DCNT alcançam em maior número as camadas mais pobres da sociedade e grupos de pessoas que tem mais vulnerabilidade. No ano de 2012, cerca de 13,33% do número total de óbitos no Brasil foi causada pelas neoplasias elas são uma das principais DCNTs. (INCA, 2015).

O organismo humano é composto por células que formam tecidos e para esses tecidos se formarem é necessária a multiplicação dessas células. O crescimento das células normalmente é de forma equilibrada e ordenada, porém, em alguns casos ocorrem alterações nesta multiplicação que acabam resultando em crescimento desordenado das células. A este crescimento não controlado se dá o nome de neoplasia, também conhecido como câncer ou tumor (MS, 2015).

As neoplasias podem ser malignas ou benignas. Os tumores benignos tem seu crescimento mais lento, organizado, tem limites bem definidos e são bastante parecidas com o tecido de origem. Já nas neoplasias malignas as células cancerosas são agressivas, tem um maior grau de desorganização e alto poder invasivo, ou seja, rapidamente invadem outros tecidos e alteram o funcionamento do organismo. O câncer é nomeado de acordo com o seu órgão de origem, é multifatorial e é considerada uma patologia fatal, pois tem alto poder de metástase, ou seja, se dissemina rapidamente por todo o organismo dando continuidade a neoplasia (INCA, 2015).

Os dois principais estágios do câncer são definidos como: câncer “in situ” e câncer “invasivo”. No início o câncer está no seu estágio “in situ”, ou seja, as células cancerosas estão presentes apenas no local em que elas se desenvolveram, porém, se não for tratado, o câncer rapidamente passa para o seu segundo estágio que é o invasivo e a partir daí as células cancerosas atingem o órgão como um todo podendo até atingir outros tecidos e através da corrente sanguínea afetar outros órgãos, ou seja, pode se espalhar por todo o organismo, processo chamado metástase (MS, 2011).

Entre as neoplasias, o câncer infantojuvenil é aquele que acomete crianças e adolescentes na faixa dos 0 aos 19 anos e tem o mesmo princípio do câncer em adultos: a multiplicação descontrolada de células anormais. Considerando que a primeira causa de mortalidade neste grupo etário refere-se às causas externas, entende-se que a mortalidade por câncer é a primeira causa de morte por doença no Brasil. Tal constatação implica relacionar à organização da rede de atenção à saúde da criança e do adolescente, trazendo novos desafios para a atenção oncológica e o Sistema Único de Saúde (SUS) (INCA, 2011).

Os tumores pediátricos devem ser estudados separadamente do câncer do adulto por diferirem dos locais primários, das origens histológicas e dos comportamentos clínicos. Tendem a apresentar menores períodos de latência, costumam crescer rapidamente e tornam-se bastante invasivos. Por serem predominantemente de natureza embrionária, são constituídas de células indiferenciadas, o que determina, em geral, uma melhor resposta aos métodos terapêuticos atuais (DIXON et al., 2001; INCA, 2008; KLIEGMAN, et. al., 2009; INCA 2013).

Essa semelhança com estruturas embrionárias gera grande diversidade morfológica resultante das constantes transformações celulares, podendo haver um grau variado de diferenciação. Ou seja, ao contrário dos tumores que acometem os adultos, os tumores da infância e adolescência em geral derivam de estruturas mais profundas, viscerais e do parênquima de órgãos, do que das camadas epiteliais que revestem os ductos e glândulas dos órgãos e que também compõem a pele. Nas crianças, as metástases já estão presentes no momento do diagnóstico em aproximadamente 80% dos casos, enquanto que apenas 20% dos adultos apresentam doença metastática no diagnóstico (INCA, 2008; KLIEGMAN, et. al., 2009).

Entre os sinais e sintomas mais comuns do câncer em crianças estão a presença de massa abdominal, linfadenopatia persistente, mais de uma linhagem hematopoética anormal, déficit neurológico específico, aumento da pressão intracraniana, alargamento difuso da ponte neural, proptose, reflexo pupilar branco, dor ou edema unilateral no joelho ou no ombro, sangramento ou massa vaginal (KLIEGMAN, et. al., 2009).

Os tumores em crianças e adolescentes podem ser subdivididos em dois grandes grupos: tumores hematológicos, como as leucemias e os linfomas e os tumores sólidos, como os do sistema nervoso central, tumores abdominais (neuroblastomas, hepatoblastomas, nefroblastomas), tumores ósseos e os tumores de partes moles (rabdomyossarcomas, sarcomas sinoviais, fibrossarcomas), por exemplo (INCA, 2011).

O diagnóstico precoce é uma estratégia de prevenção que engloba medidas para a detecção de lesões em fases iniciais da doença a partir de sinais e sintomas clínicos. Seguido por um tratamento adequado, atualmente, é considerado uma das principais formas de intervenção capaz de influenciar positivamente o prognóstico do câncer na criança e no adolescente (INCA, 2011).

A detecção precoce é essencial para que seja possível, com os tratamentos hoje oferecidos, atingir a cura em quase 70-80% dos casos. A maioria dessas crianças terá boa qualidade de vida após o tratamento adequado, se diagnosticadas no início e encaminhadas para centros especializados (INCA, 2013; SANTINI, 2012).

Portanto a ênfase deve ser dada ao diagnóstico precoce que ajuda a garantir que a terapia apropriada seja administrada na hora certa o que aumenta as chances de cura (INCA, 2008; KLIEGMAN, et. al., 2009).

Um grande desafio é o fato de o diagnóstico de câncer pediátrico ser frequentemente retardado devido à falha no reconhecimento dos sinais de apresentação, pois, são mais variáveis e inespecíficos nesses pacientes do que nos adultos. Os tipos de câncer que ocorrem durante os primeiros 20 anos de vida variam dramaticamente em função da idade – mais do que em qualquer faixa etária comparável (KLIEGMAN, et. al., 2009; INCA, 2011).

Consequentemente, nas crianças e adolescentes, as manifestações clínicas iniciais são mais provavelmente causadas pelas metástases do que pelo tumor primário. Os bebês e crianças muito pequenas não são capazes de expressar ou localizar seus sintomas tão claramente como os adultos, além disso, muitos dos sinais e sintomas do câncer infantojuvenil assemelham-se aos mesmos dos das chamadas ‘doenças da infância’, tudo isso contribui para que os testes para diagnóstico não apresentem a utilidade ou exatidão que podem ser aplicados nos adultos (KLIEGMAN, et. al., 2009).

Após as suspeitas clínicas, os resultados de exames são essenciais na determinação do correto estágio do tumor, pois, a quantidade de tratamento dado ao paciente dependerá do tamanho do tumor e seu estágio. Depois que os médicos estabelecem um diagnóstico da doença, eles desenvolverão um plano de tratamento. O plano de tratamento vai depender do tamanho do tumor, o potencial de cirurgia para remover o tumor, a quantidade de tumor que foi deixada após a cirurgia, a presença de células cancerígenas nos linfonodos regionais e se há ou não a presença de metástase (ST. JUDE CHILDREN'S RESEARCH HOSPITAL, 2013).

Estados e Municípios não priorizam o atendimento para oncologia pediátrica. Também não há um protocolo de regulação, o que ocasiona a existência de vagas ociosas em centros de tratamento assim como crianças aguardando atendimento. A consequência é a demora dos agendamentos e a “judicialização” da saúde. Dessa forma, muitas crianças continuam sendo atendidas “por favores” através de ligações telefônicas entre profissionais (UNIDOS PELA CURA, 2013).

A responsabilidade pelo atraso do diagnóstico 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. Algumas vezes as características de determinado tipo de tumor pode não diferir muito de outras doenças que acometem a saúde da criança (KREUZ, 2009; INCA, 2013).

A assistência prestada a uma pessoa requer a avaliação individual de que tipo de cuidado ela precisa. O cuidado com a criança e o adolescente não é diferente, pois, cada sujeito (mesmo estando nessa faixa etária) tem suas particularidades e necessita de uma assistência qualificada e singular. Existem diversos fatores que interferem na saúde da criança e do adolescente e para que haja uma prestação de serviço adequada a este público é necessário que os profissionais que atendam estejam aptos para isto (SOUSA, ERDMANN, 2012).

O SUS conta com uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) que é composto de organizações que tem como finalidade a assistência e direcionamento nas necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011). A portaria de nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e em suas disposições gerais diz que:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).”



A Atenção Primária à Saúde (APS) atua, de fato, como principal porta de entrada do sistema de atenção à saúde, enfatiza a função resolutive dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

O INCA (2011) considera que a atuação da Estratégia de Saúde da Família, principal estratégia do Ministério da Saúde na APS para reorientar o modelo de assistência à saúde da população, com capacidade de resolver até 80% dos problemas de saúde das pessoas, é de fundamental importância pelo fato de propiciar, pelas características de seu processo de trabalho, uma redução no tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas, o diagnóstico e o início do tratamento oncológico adequado.

Partindo deste princípio é necessário que os profissionais que atuam na ESF estejam qualificados para prestar assistência a toda população, inclusive ao público infantojuvenil que esteja com sinais e sintomas de câncer. Das crianças com diagnóstico tardio de câncer, 30% já tinham sido examinadas com queixas sugestivas de neoplasia nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) (INCA, 2008; MS, 2011).

Como forma de qualificação dos profissionais de saúde em relação ao câncer, foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) que tem como um dos seus objetivos a educação permanente dos profissionais de saúde no que diz respeito às neoplasias. De acordo com a Portaria 2.439 de 8 de Dezembro de 2005, a PNAO tem em um de seus componentes fundamentais a atenção básica. Segundo esta portaria as UBS's devem proporcionar aos usuários ações de diagnóstico precoce de câncer, além de reabilitação. (BRASIL, 2005 ; MS, 2011).

A educação sempre foi fundamental no processo de qualificação quando visa adquirir novos conhecimentos. A educação dos profissionais de saúde está ganhando cada vez mais espaço porque através dela há uma melhora nas condições de trabalho e da qualidade dos serviços prestados por esses profissionais ( GUIMARÃES, MARTINS, RABELO, 2010).

A Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) foi instituída pela portaria de nº 278 de 27 de Fevereiro de 2014, e considera que a Educação Permanente em Saúde (EPS) é um meio necessário de aprendizagem para o trabalhador, onde o aprender se incorpora ao cotidiano do mesmo (BRASIL, 2014).

A prática da EPS nas UBS's é de grande importância e altamente necessário para capacitar os profissionais da ESF em identificar sinais e sintomas e suspeitar do câncer infantojuvenil. Dentre as várias ações da EPS uma delas é a utilização das novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e a telessaúde faz parte dessas TIC's. Interligar tecnologia à saúde é uma das melhores alternativas para construir o processo de cuidado mais adequado ao paciente. As ferramentas tecnológicas proporcionam diferentes formas de capacitação e aperfeiçoamento dos conhecimentos dos profissionais de saúde e isto irá influenciar diretamente na assistência prestada ao paciente. (SILVA, 2013).

O Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes (PNTBR) iniciou em 2007 em apoio à atenção básica e implantou nove núcleos de telessaúde no Brasil. Os principais objetivos eram qualificar os profissionais da ESF e desta forma melhorar o atendimento ao usuário reduzindo os encaminhamentos desnecessários, melhorando a agilidade no atendimento e incentivando aos profissionais a continuarem nos locais de trabalho mesmo que fossem em lugares distantes (MS, 2015).

O programa foi redefinido e ampliado pela Portaria Nº 2.546 de 27 de outubro de 2011 e tem dentre os seus serviços a tele-educação (BRASIL, 2011). Em Pernambuco a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) conta com um núcleo de telessaúde que tem sua sede no Hospital das Clínicas (HC) e tem como nome Rede de Núcleos de Telessaúde (RedeNUTES).

Em agosto de 2014, a RedeNUTES possui 357 pontos de telessaúde implantados na ESF, beneficiando 84 municípios, distribuídos em 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres). Algumas equipes estão em unidades de saúde que possuem um kit multimídia (computador com webcam) e realizam conexão via internet com os teleconsultores do HC e outros parceiros no estado, para participar dos serviços de teleeducação e teleassistência providos pela RedeNUTES, através de seus sistemas para videoconferência e webconferência, Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e discussão de casos clínicos via internet, pela plataforma de telessaúde HealthNET, desenvolvida pelo NUTES-UFPE ( SILVA, et. al., 2014).

A tele-educação é de fundamental importância e tem como princípio norteador a disponibilização de capacitação para os profissionais. Este tipo de educação se enquadra ao

ritmo de vida profissional daqueles que trabalham na área de saúde. Através da tele-educação é possível aperfeiçoar o conhecimento dos profissionais sem que eles tenham que se afastar por um grande tempo de suas atividades. Isso porque ela se dá através de um ambiente interativo e pode ser transmitida para seus ouvintes através de pontos de telessaúde (que são baseados em um kit multimídia que permite que os ouvintes recebam a mensagem enviada) (GUIMARÃES, GODOY, ASSIS, 2013).

Através da tele-educação será possível capacitar e aprimorar os conhecimentos dos profissionais da ESF acerca do câncer infantojuvenil e desta forma torná-los mais sensíveis aos sinais e sintomas desse tipo de neoplasias, favorecendo o diagnóstico precoce dos tumores infantojuvenis (GUIMARÃES, GODOY, ASSIS, 2013).

## Metodologia

Trata-se de um relato de experiência realizado por uma intervenção comunitária, que se refere à aplicação da intervenção e avaliação de comunidades inteiras, ou seja, os membros do grupo estarão sujeitos à mesma influência simultaneamente e ao mesmo tipo de julgamento.

A intervenção foi realizada entre setembro a novembro de 2015 na cidade do Recife- PE no Distrito Sanitário II (DS II), visto que este não havia sido contemplado com capacitação na abordagem da suspeição precoce do câncer infantojuvenil com o suporte da telessaúde e por apresentar a segunda maior taxa de mortalidade no grupo em estudo entre os oito distritos sanitários existentes, segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

A população da pesquisa foi composta por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), da Estratégia de Agentes Comunitárias de Saúde (EACS) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do DS II da cidade do Recife-PE, totalizando-se em 309 profissionais.

Foi realizada uma sensibilização para os profissionais da atenção básica, em relação ao diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil e também sobre a importância da participação dos mesmos no curso “Fique atento: Pode ser câncer!”. A sensibilização foi realizada nas próprias UBS's , diretamente com os profissionais, e também através da mídia, com reportagens em jornais e televisão, como também em sites e redes sociais (figura 1).



**Figura 1.** Sensibilização midiática sobre o curso “Fique Atento: Pode ser Câncer”. Fonte: Diário de Pernambuco, 2015.

O curso foi transmitido para 17 pontos de telessaúde distribuídos no território de abrangência do próprio DS II, de periodicidade semanal (durante 5 semanas), resultando na carga horária total de 10 horas.

Entre os pontos de telessaúde contemplou-se o Núcleo de Telessaúde (NUTES) da Universidade de Pernambuco (UPE), do Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco

Professor Luiz Tavares (PROCAPE), e a sede do DSII, além de 14 unidades de saúde da família que haviam conectividade (figura 2 e 3). As aulas foram transmitidas em tempo real (síncrona) via webconferência pelo NUTES da UPE com o suporte do NUTES da UFPE e a Rede de Núcleos de Telessaúde.



**Figura 2.** Transmissão do curso “Fique Atento: Pode ser Câncer!” em uma Unidade de Saúde da Família do DS II da cidade do Recife-PE. Fonte: Arquivo pessoal, 2015.



**Figura 3.** Transmissão do curso “Fique Atento: Pode ser Câncer!” em uma Unidade de Saúde da Família do DS II da cidade do Recife-PE. Fonte: Arquivo pessoal, 2015

A transmissão foi realizada através da Plataforma INDU, programada pelo NUTES da UFPE, que se trata de um ambiente virtual de aprendizagem que tem por objetivo a educação continuada e a propagação de conhecimento em diversos âmbitos da saúde e tecnologias relacionadas a ela (figura 4).



**Figura 4.** Plataforma de Tele-educação INDU. Fonte: Rede de Núcleos de Telessaúde, 2015.

As aulas foram distribuídas conforme as temáticas: Política nacional para a prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, epidemiologia do câncer infantojuvenil, os sinais e sintomas de suspeição precoce do câncer infantojuvenil, os cuidados necessários para a atenção à saúde da criança e do adolescente com câncer, a ESF e o cuidado da criança e do adolescente com câncer, a organização do sistema de referência e contrarreferência para a assistência à criança e ao adolescente com câncer, e o uso da Plataforma de Telessaúde HealthNET.

Como forma de avaliar o impacto do curso foram aplicados pré-testes (no primeiro dia do curso) e pós-testes (no último dia do curso) através de um questionário estruturado com as mesmas perguntas nos dois momentos. O instrumento foi elaborado pelos palestrantes do curso, com o fim de averiguar o nível de conhecimento dos participantes acerca do câncer infantojuvenil antes do curso e após o mesmo.

Como critérios de exclusão adotou-se aqueles profissionais que tivessem menos de 75% de presença nas aulas.

## Resultados

Para o curso “Fique atento: Pode ser câncer!” 309 profissionais formaram o grupo do estudo por terem atendidos os critérios de inclusão. Nesta amostra, 87,3% (270) era do sexo feminino, 11,3% (35) do sexo masculino, e 1,2% (4) não identificaram sexo.

Entre os profissionais participantes, 79,6% (246) nunca tiveram capacitação na temática do curso; os mesmos atuam na ESF há uma média de 11,3 anos, variando entre um a 24 anos, com desvio padrão de 4,8. A tabela 1 descreve a caracterização dos participantes por categoria profissional, destacando-se a presença dos Agentes Comunitários de Saúde, 50,1% (155):

Tabela 1. Caracterização dos participantes do curso “Fique Atento: Pode ser Câncer!”. Recife-PE, 2015.

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Agentes comunitários de saúde	155	50,1
Enfermeiros	23	7,4
Técnicos e/ou auxiliares de enfermagem	15	4,8
Médicos	10	3,2
Equipe de saúde bucal: cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal.	26	8,4
Equipe do NASF: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.	8	2,5
Outros profissionais: estudantes e agentes de regulação.	5	1,6
Residentes	1	0,32
Não informaram a profissão	66	21,3
<b>Total</b>	<b>309</b>	<b>100</b>

## Considerações Finais

Muitos fatores influenciam no tempo de diagnóstico das neoplasias em crianças e adolescentes. O acesso aos centros de tratamento é um deles, pois grande parte dos pacientes chega com a doença em estado avançado, isso se dá pelo medo do diagnóstico que



gera a negação dos sintomas e resulta na não procura a centros especializados. Também há dificuldade de entrada nos centros por causa do não alinhamento na referência e contrarreferência das redes de serviço (INCA, 2016).

Outro fator que está ligado a essa problemática é o déficit que os profissionais tem em diagnosticar essa patologia, pois, a localização e tipo de tumor tem muitas vezes uma apresentação clínica bastante inespecífica, gerando similaridades com as doenças ditas da infância e isso dificulta o reconhecimento da patologia por parte dos profissionais. Os participantes da pesquisa mostram um certo grau de conhecimento relacionado aos fatores citados acima (INCA, 2016).

Foi possível observar que os profissionais da APS tinham fragilidades na identificação dos sinais e sintomas precoce sugestivos do câncer infantojuvenil. Isso pode ser consequente à formação acadêmica ainda voltada no quadro de morbimortalidade anteriormente estigmatizado pelas diarreias e desnutrição, que tanto foram responsáveis pela mortalidade infantil.

É primordial que os profissionais da APS recebam uma educação permanente visto que na grade curricular tanto de cursos superiores, como de cursos técnicos, há pouco ou até mesmo não há informações sobre a identificação das neoplasias infantojuvenis (INCA, 2014)

Os profissionais da APS mostraram que pouco se sabia sobre a importância e funcionalidade da Telessaúde e suas ferramentas.

A capacitação presencial tem gerado muitos resultados, ademais, acredita-se que esses resultados possam ser potencializados através de novos mecanismos que subsidiem a capacitação e o monitoramento proporcionando aos profissionais da APS a possibilidade de identificar pacientes com sinais de suspeição do câncer infantojuvenil proporcionando a eles um melhor prognóstico de cura (WHITE; CASTLE; HAIG, 2013).

O curso FIQUE ATENTO: PODE SER CÂNCER! contribuiu para a suspeição precoce dos sinais e sintomas do câncer infantojuvenil com o aporte da Telessaúde na perspectiva de seu alcance e reconhecimento deste meio como potencial aproximação entre os níveis de atenção.

Contudo, para sua efetividade, observa-se a necessidade de uma melhor conectividade nas unidades básicas de saúde, a solidificação de uma linha de cuidado dos casos suspeitos de câncer infantojuvenil no estado de Pernambuco, inserir nas instituições de ensino uma formação voltada para identificação precoce destas neoplasias e fortalecer a referência e contrarreferência pela telessaúde, diminuindo assim custos, e evitando deslocamentos desnecessários.

Dessa maneira urge a ampliação deste projeto para outros distritos sanitários da cidade do Recife, assim como outras cidades do estado de Pernambuco com a finalidade de sustentabilidade e o alcance da equidade em perspectivas regionais.

## Referências

BRASIL. Portaria Nº 2.439/GM de 8 de Dezembro de 2005. Ministério da Saúde. Brasília – DF. 2005. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/retrol/registrocancer/Portaria2439GM\\_MS.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/retrol/registrocancer/Portaria2439GM_MS.pdf)>. Acesso em : 28 maio 2015.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Oncológica. 2011. Disponível em: <<http://www.sbradioterapia.com.br/pdfs/relatorio-tribuna-contas-uniao.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2015

BRASIL. Portaria Nº 278, DE 27 de Fevereiro de 2014. Ministério da Saúde. Brasília – DF. 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278\\_27\\_02\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html)>. Acesso em: 28 maio 2015.

BRASIL. Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Ministério da Saúde. Brasília – DF. 2011. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 28 maio 2015.

BRASIL. Portaria Nº 2.546 , de 27 de Outubro de 2011. Ministério da Saúde. Brasília – DF. 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546\\_27\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html)>. Acesso em: 28 maio 2015.

CRUZ, E.L.D., et. al. Caracterização dos seminários por webconferência sobre saúde do adolescente e jovem da rede de núcleos de telessaúde de Pernambuco. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 12 (1): 83-90 jan. / mar., 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292012000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000100009)>. Acesso em: 22 abr. 2015.

DIXON M, Feindlay M, Young B, et al. Parents' accounts of obtaining a diagnosis of childhood cancer. Lancet 2001;357:670– 674. 26.

ERDMANN, A.L., SOUSA, F.G.M.D. Qualificando o cuidado a criança na Atenção Primária de Saúde. Rev Bras Enferm, Brasília, 65(5): 795-802, set-out 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000500012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000500012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22 abr 2015.

FERMO, V.C., et. al. O diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil: o caminho percorrido pelas famílias. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 18(1) Jan-Mar 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100054&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100054&script=sci_arttext)>. Acesso em: 26 maio 2015.

FERREIRA, F. O. A percepção dos profissionais de saúde do Inca sobre os cuidados no fim de vida de crianças com câncer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 12. Disponível em <<http://www.ppgbios.ufrj.br/treinamento/index.php/selecao/mestrado/formulario-de-inscricao/19-producao-intelectual/producao-discentes/191-a-percepcao-dos-profissionais-de-saude-do-inca-sobre-os-cuidados-no-fim-de-vida-de-criancas-com-cancer>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

GUIMARÃES, E.M.P., GODOY, S.C.B., ASSIS, D.S.S. Capacitação profissional: a opção pela telenfermagem. Revista Docência do Ensino Superior, v. 3, 2013. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/giz/wp-content/uploads/2014/10/07-CAPACITACAO-PROFISSIONAL.pdf?ba40e4>>. Acesso em: 26 maio 2015.

GUIMARÃES, E.M.P., MARTIN, S.H., RABELO, F.C.P. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Reflexões e desafios. CIENCIA Y ENFERMERIA XVI (2), 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000200004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 maio 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde.. ABC do Câncer. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc\\_do\\_cancer\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf)>. Acesso em: 28 maio 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. Câncer Infantil. 2015. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>>. Acesso em: 25 maio 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. Atlas on-line de mortalidade. 2015. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo01/consultar.xhtml#panepanelResul>>. Acesso em: 28 maio 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Ministério da Saúde. Instituto Ronald McDonald. Diagnóstico Precoce do câncer na criança e no adolescente. 2º Ed. rev. amp. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/diagnostico\\_precoce\\_cancer\\_crianca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/diagnostico_precoce_cancer_crianca.pdf)>. Acesso em: 5 maio 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. . Ministério da Saúde. Câncer Infantil. 2016. Disponível a partir do URL: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>.

KLIEGMAN, Robert M. et. al. NELSON, TRATADO DE PEDIATRIA. 18.ed. – Rio de Janeiro : Elsevier, 2009. 2v. : Il.

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 em: [http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/kreuz\\_giovana.pdf](http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/kreuz_giovana.pdf). Acesso em: 25 maio 2015.

MATOSO, L.M.L., OLIVEIRA, L.E.C., COSTA, L.S. Uma proposta de identificação do câncer infanto-juvenil a partir da atenção básica. C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista, v.7, n.2, p. 187-205, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/311/205>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2ª ed., 2011. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Câncer na Criança e no Adolescente no Brasil. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: < [http://www.inca.gov.br/tumores\\_infantis/](http://www.inca.gov.br/tumores_infantis/)> . Acesso em: 27 maio 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis ( DCNT) no Brasil 2011-2012. Brasília –DF , 2011. Disponível em: < [http://www.sbn.org.br/noticias/acoes\\_estrategicas.pdf](http://www.sbn.org.br/noticias/acoes_estrategicas.pdf)>. Acesso em: 27 maio 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. História do Telessaúde. 2015. Disponível em: < <http://programa.telessaudebrasil.org.br/vhl/expansao/sobre-teste/>>. Acesso em: 28 maio 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Oncologia: manual de bases técnicas. Brasília – DF, jan 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_base\\_tecnicas\\_oncologia\\_13ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_base_tecnicas_oncologia_13ed.pdf)>. Acesso em: 27 maio 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica, 2011. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 29 maio 2015.

RODRIGUES, KE, CAMARGO B. Diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil: responsabilidade de todos. Ver Assoc Med Bras, 2003; 49(1): 29-34. São Paulo. Disponível a partir de URL: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n1/15377.pdf> .

SANTINI, Luiz Antonio. 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](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acf40780420c1121a789a7ce655ae979/02_editorial.pdf?MOD=AJPERES)>. Acesso: 25 maio 2015.

SCHMIDT, M. I. ; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Health in 145 Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. The Lancet, 2011, n. 377.

SILVA, K.C.L. Análise do Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado de Pernambuco no Período de 2007 a 2011. Recife: FIOCRUZ, 2013. p. 17-33. Disponível em: < <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2013silva-kcl.pdf> >. Acesso em: 22 abr 2015

SILVA, K.C.L., et. al. Análise do processo de implementação do Programa Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco. RECIIS – Rev. Eletron. de Comun. Inf. Inov. Saúde, 8(3):359-375, set. 2014. Disponível em: < <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/680> >. Acesso em: 19 março 2015.

ST. JUDE CHILDREN'S RESEARCH HOSPITAL. Treatment of Solid Tumors. 2013. Disponível em:

<<http://www.stjude.org/stjude/v/index.jsp?vgnextoid=f096722d99f70110VgnVCM1000001e0215acRCRD&vgnnextchannel=d3dbbfe82e118010VgnVCM1000000e2015acRCRD>>. Acesso em: 25 maio 2015.

UNIDOS PELA CURA. Carta de RECOMENDAÇÕES Contribuições do 2º Fórum de Oncologia Pediátrica do Rio de Janeiro para qualificação da rede pública de tratamento do CÂNCER INFANTOJUVENIL. Rio de Janeiro, RJ: Unidos Pela Cura, 2013. Disponível em: <[http://www.foprio.org.br/downloads/carta-de-recomendacoes\\_2FOP-Rio.pdf](http://www.foprio.org.br/downloads/carta-de-recomendacoes_2FOP-Rio.pdf)>. Acesso em: 28 maio 2015.

WHITE, Yasmine; CASTLE, Valerie P.; HAIG, Andrew. Pediatric Oncology in Developing Countries:

Challenges and Solutions. The Journal Of Pediatrics, United States, v. 162, n. 6, p.1090-1091, jun. 2013.