

A ASSISTÊNCIA DA CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA E SUA RELAÇÃO COM O DIAGNÓSTICO TARDIO DO CÂNCER INFANTIL

THE ASSISTANCE OF CHILDREN IN PRIMARY CARE AND ITS RELATION TO LATE DIAGNOSIS OF CHILDHOOD CANCER

Janaina dos Reis¹, Simone Pereira Dias¹ e Maria Cristina Mazzaia²

¹ Aluna de graduação do curso de Enfermagem da Universidade Paulista - Unip.

² Professora doutora do curso de Enfermagem da Universidade Paulista - Unip.

RESUMO

A atenção básica reformulou o modelo assistencial de saúde em reconhecimento às crescentes iniquidades sociais. Atualmente, ela assiste 46,6% da população brasileira e, nesta, uma parcela substancial de nossas crianças. A partir da problemática do diagnóstico tardio do câncer infantil e do estudo que aponta a atenção básica como um dos dificultadores desta triste realidade, este trabalho propõe-se a elucidar o papel do enfermeiro dentro da equipe do Programa da Saúde da Família (PSF). Demonstrar que o enfermeiro, dentro de suas competências legais, pode ser um transformador direto na qualidade da assistência prestada às crianças. Foi empregado o levantamento bibliográfico de livros, revistas, teses e periódicos científicos. A atuação dos enfermeiros, diante da proposta do PSF e dentro da legalidade e das competências da profissão, torna-se primordial para a efetividade e a execução das políticas públicas, podendo concomitantemente com o médico alcançar o diagnóstico precoce do câncer infantil, neste nível de atenção.

Palavras-chave: atenção básica, PSF, competências do enfermeiro, câncer infantil.

ABSTRACT

The primary care reformulated the model of health care in recognition to the increasing social inequities. Currently it attends 46.6% of the Brazilian population, and amongst these, a substantial parcel of our children. From the problem of late diagnosis of childhood cancer and the study that points the primary care as one of the difficulties of this sad reality, we propose to elucidate the role of the nurse within the team of the Family Health Program (FHP). To demonstrate that the nurses within their legal powers can be a transformer directly on the quality of the given assistance to children. Methodology: It was used the bibliography, magazines, theses and scientific periodic. The nurses front to the proposal of the (FHP) and within the legality and abilities of the profession becomes primordial for the effectiveness and execution of the public policies, being able concomitantly with the doctor to reach the precocious diagnosis of the childhood cancer in this level of care.

Keywords: primary care, FHP, nurses'abilities, Childhood cancer

I. INTRODUÇÃO

Há pouco mais de 60 anos, a Declaração Universal dos Direitos Humanos preconizou que “gozar do melhor estado de saúde é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano”, sendo este direito assegurado no Brasil após a promulgação da Constituição de 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os seus princípios, será ressaltada, no presente trabalho, a descentralização das ações de saúde, mais especificamente no âmbito da atenção básica.

Todo o sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, o manejo das doenças e a maximização da saúde. A segunda meta é igualmente importante: minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde (STARFIELD, 2002).

Em 1991, iniciou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), fruto de iniciativas brasileiras na área de saúde comunitária. Devido aos resultados obtidos pelo programa, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) criou e instituiu o Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil, sendo responsável pela melhoria da qualidade de vida de milhões de pessoas em todo o País (BRASIL, 2006).

Segundo o relatório anual da Unicef (2006), hoje, no território brasileiro, os programas supracitados assistem 87,7 milhões de pessoas de um total de 187 milhões de brasileiros, especialmente nas áreas com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo, sendo que, dentre os assistidos, o total de crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 18 anos corresponde a 60 milhões. Para o presente estudo, este número destaca a importância e a abrangência da equipe de saúde da família (ESF) para a análise da qualidade da assistência ofertada pelo SUS nesta faixa etária (UNICEF, 2006).

A atenção à saúde da criança, no Brasil, vem sofrendo transformações, tendo influências de cada período histórico, dos avanços do conhecimento técnico-científico, das diretrizes das políticas sociais e do envolvimento de vários agentes e segmentos da sociedade (FIGUEIREDO & MELLO, 2007).

Analisando os dados nosológicos e de mortalidade, o câncer infantil tem demonstrado ser um relevante

problema de saúde coletiva no Brasil e em nível mundial, sendo que, nos países em desenvolvimento, observa-se um agravante, pois as crianças chegam aos grandes centros especializados tardiamente para o tratamento, sendo enfatizado que 30% das crianças com diagnóstico tardio de câncer já tinham sido examinadas com queixas sugestivas do diagnóstico de neoplasia nas unidades básicas de saúde (UBSs) (INCA, 2007).

Ratificando ainda o parágrafo acima, é possível questionar uma possível falha no sistema de saúde, em especial na atenção primária, que, a princípio, parece não estar preparada para avaliar e encaminhar, em tempo hábil, uma criança ao especialista, considerando também que os sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil, nos primórdios do quadro patológico, apresentam semelhanças com doenças características deste período do ciclo vital.

A incidência das neoplasias malignas em crianças não é tão alta como nos adultos, porém, no Brasil, constitui-se em uma das causas de morte mais frequentes e, se eliminadas outras causas, como infecção e desnutrição, as neoplasias passam a constituir um problema de saúde, especialmente no grupo de um a cinco anos de idade (LIMA *et al.*, 1996: 14-24).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (Inca), o câncer infantil corresponde a, aproximadamente, 3% do total dos casos, atingindo dez em cada 100 mil crianças por ano em todo o mundo, sendo que uma criança em cada 600 pode desenvolvê-lo durante a infância. Na atualidade, dois terços destes cânceres podem ser considerados curáveis se a terapêutica instituída for adequada (INCA, 2008).

A taxa de cura global está em torno de 85%, sendo esperado que, em 2010, um em cada 250 adultos seja um sobrevivente de câncer na infância (RODRIGUES, & CAMARGO, 2003).

O estágio avançado da doença em que as crianças recebem o diagnóstico dá-se em razão de diversos fatores, como desconhecimento dos pais, medo do diagnóstico e, principalmente, desinformação dos profissionais da área da saúde (VERNECK, 2002).

Ainda segundo o autor supracitado, a obtenção do diagnóstico precoce ocorre a partir do atendimento a dois pressupostos: que a criança tenha acesso ao serviço de saúde e que este tenha capacidade de análise e de avaliação para a suspeita do câncer, sabendo encaminhar o paciente ao especialista quando necessário.

Considerando o exposto, o presente estudo tem por objetivo demonstrar a importância da assistência do enfermeiro da atenção básica na identificação de sinais e sintomas das doenças prevalentes na infância, promovendo agilidade nos diagnósticos médicos diferenciais para o câncer infantil.

2. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho foi a revisão bibliográfica, a qual foi realizada por meio de pesquisa em livros, revistas, teses e periódicos científicos. Trata-se de um estudo com caráter exploratório-descritivo, com uma abordagem qualitativa, visando ao estudo da interferência da assistência do enfermeiro da atenção básica na saúde da criança, e sua correlação direta com o diagnóstico tardio do câncer infantil.

Para a localização das fontes de dados, foram utilizados os seguintes descritores: câncer infantil, atenção básica e PSF. Foram selecionadas e incluídas no estudo somente fontes de dados publicados no período de 2000 a 2008 em língua portuguesa. Na busca, obtiveram-se cem fontes bibliográficas, mas, para a composição do resultado do estudo, foram utilizados 44 artigos.

A análise dos documentos foi realizada segundo o modelo proposto por Cervo & Bervian, sendo a leitura interpretativa a última etapa, que implicou a análise crítica e a aplicação do conteúdo levantado. Em comparação aos objetivos desse estudo, envolvendo o material que foi coletado em função do critério “verdade”, afirmaram-se as proposições científicas formuladas, a partir de provas documentais, servindo como pontos de referência, mas não como conclusão do assunto (CERVO & BERVIAN, 2002).

O trabalho foi discutido em todas as fases descritas, para que, na operação de síntese, houvesse possibilidade de se chegar ao que Bervian denominou como “integração racional dos dados descobertos num conjunto organizado ou sistema orgânico, que pudesse ser aproveitado para a aplicação prática.” (BERVIAN, 1996).

3. A IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A SAÚDE DA CRIANÇA

Atualmente, no novo formato do sistema de saúde público brasileiro, os usuários do SUS contam com duas portas de entrada ao sistema de saúde: a UBS e o pronto-socorro (PS), que se diferenciam entre si em decorrência da prestação do serviço procurado.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a atenção primária “é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (...) constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde, sendo as UBSs definidas como porta de entrada”. Ela é caracterizada por um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2008).

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são os seguintes: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes do PSF estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a responsabilidade entre profissionais, usuários e a comunidade (BRASIL, 2008).

Outro princípio da atenção básica é a acessibilidade, ou seja, acesso ao SUS, que deve ser realizado pela “porta de entrada à saúde”, onde inicialmente o indivíduo busca atendimento médico e só deverá ser encaminhado ao especialista quando a solução de seu problema de saúde não estiver ao alcance desse nível da atenção.

Tal princípio não pode ser usado para dificultar a utilização das especialidades, pois, se a “porta de entrada” não for suficientemente habilitada para fazer diagnósticos ou manejo dos problemas, a atenção integral do indivíduo fica adiada e comprometida.

Já os prontos-socorros assistem os usuários nas suas urgências e emergências em saúde, não estabelecendo vínculo entre profissional e paciente, ou seja, não acompanham o processo saúde/doença do indivíduo. Outro braço deste tipo de atendimento é realizado pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (Samu), que foi instituído por intermédio da Portaria n. 1.864/GM, sendo tal serviço o principal resultado da política nacional de atenção às urgências, devido ao aumento expressivo de acidentes, ao objetivar a diminuição da mortalidade por causas externas, o que exige rapidez no atendimento (CYRILLO, 2005).

Torna-se possível, assim, mensurar a efetividade dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da diminuição do número de hospitalizações entre crianças e adolescentes, pelas ações de prevenção realizadas pelas UBSs e PSF. Este resultado se deve, principalmente, ao avanço no combate às doenças infecciosas e parasitárias (LENZ *et al.*, 2008).

No que tange ao câncer infanto-juvenil, a realidade brasileira se depara com uma “demora” no encaminhamento e na realização do diagnóstico, colocando o câncer infantil como a doença que mais mata no País na faixa etária entre 1 e 18 anos. A evolução se explica pelo avanço que o Brasil obteve no combate às doenças infecciosas, que se constituíam numa das principais causas de mortalidade nesta faixa etária. Atualmente, o câncer infantil perde apenas para os acidentes (causas externas), sendo estes assistidos pelos PS e hospitais. Nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, as neoplasias representam a segunda causa de mortes para a faixa etária entre 0 e 18 anos, como pode ser observado no Quadro I, a seguir (INCA, 2008).

Este problema torna-se ainda mais urgente diante dos estudos que demonstram que cerca de 85% de crianças acometidas pelo câncer podem ser curadas se o diagnóstico for precoce, assim como o tratamento, segundo Santini, diretor do Inca, mas a realidade hoje no Brasil é que 60% delas chegam tardiamente para o tratamento, dificultando-lhes assim a cura (CLÉBICAR, 2008).

3.1. A construção do PSF e sua interferência nas diretrizes das políticas públicas de atenção à saúde da criança no Brasil

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em UBSs. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada.

As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, o programa apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos, conforme evidencia o Gráfico I, a seguir.

A Saúde da Família, como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Ela busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas (BRASIL, 2009).

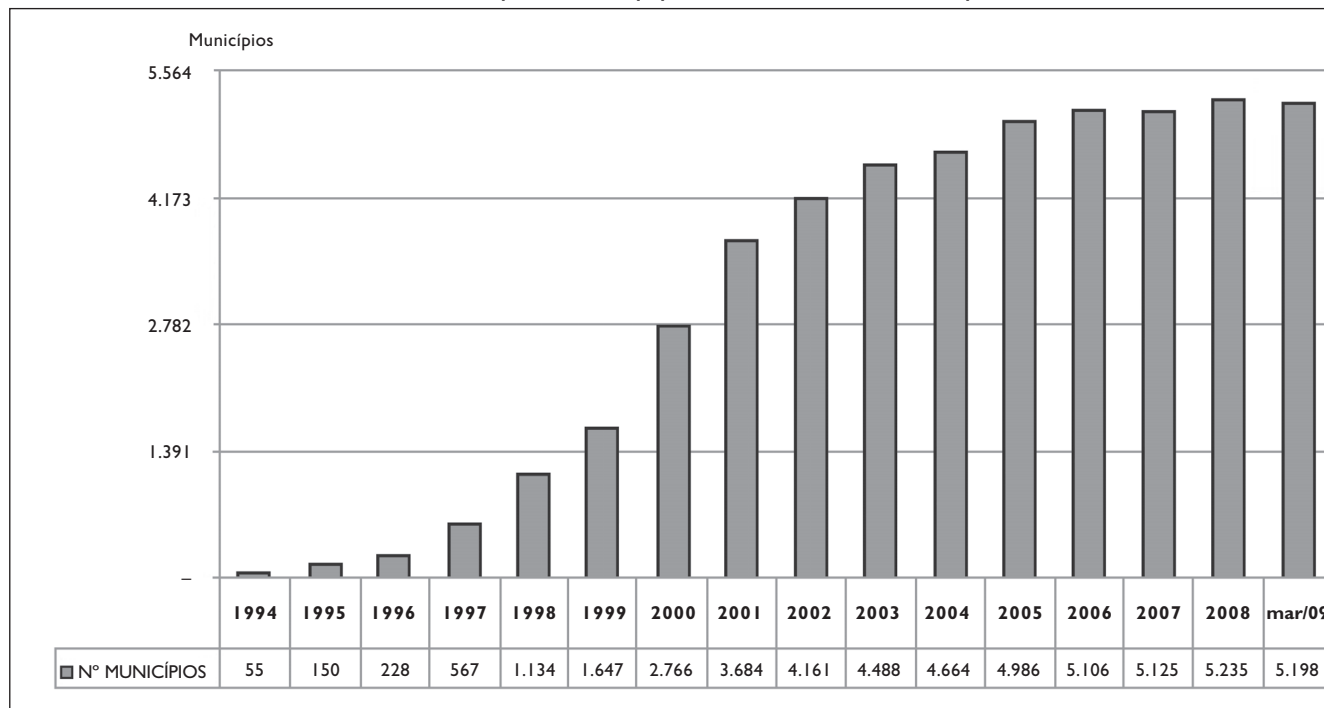
Na década de 1980, baseado na análise das condições sanitárias e epidemiológicas da população brasileira, foi elaborado o Programa Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc). O objetivo central era assegurar a assistência integral à saúde da criança, por meio das ações básicas, como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes e de maior peso na mortalidade de crianças de zero a cinco anos de idade.

Já em 1991, foi formulado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) pelo Ministério da Saúde, dando assim a fundamentação para início do PSF no Brasil. Este programa teve por finalidade contribuir com a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste,

Quadro I: Dez principais causas de morte no Brasil e em suas regiões, 2001 a 2005

Índices de mortalidade na faixa de 1 a 18 anos						
	Brasil	NO	NE	CO	SE	SU
Todas as causas	176.402	19.074	54.500	13.361	67.745	21.722
1°	Causas externas 82.741	Causas externas 6.749	Causas externas 21.096	Causas externas 7.123	Causas externas 36.303	Causas externas 11.471
2°	Mal definidas 16.298	Mal definidas 3.292	Mal definidas 8.045	Neoplasias 1.058	Neoplasias 5.460	Neoplasias 2.057
3°	Aparelho respiratório 14.786	Infecciosas e parasitárias 2.159	Aparelho respiratório 5.219	Aparelho respiratório 996	Aparelho respiratório 5.208	Sistema nervoso 1.512
4°	Neoplasias 13.554	Aparelho respiratório 1.931	Infecciosas e parasitárias 4.601	Infecciosas e parasitárias 920	Infecciosas e parasitárias 3.988	Aparelho respiratório 1.432
5°	Infecciosas e parasitárias 12.910	Neoplasias 1.231	Neoplasias 3.748	Sistema nervoso 748	Sistema nervoso 3.891	Infecciosas e parasitárias 1.242

Fonte: INCA (2008: 165).

Gráfico I: Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas no Brasil 1994-mar./2009.

Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
 SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
 DAB - Departamento da Atenção Básica 2009.

por intermédio da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas (FORTES & SPINETTI, 2004).

Devido a tais fatos, o PSF mostrou-se propício para a incorporação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Essa estratégia, adotada no Brasil, em 1996, de acordo com proposição da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), tem os seguintes objetivos: a redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade, tanto nos serviços de saúde como no domicílio e na comunidade, e o fortalecimento da promoção de saúde e de ações preventivas na infância (ROSA & LABATE, 2005).

No âmbito da atenção básica à saúde, o MS lançou, em 2002, o *Caderno de Atenção Básica – Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. O documento preconiza a adoção de medidas para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis, enfocando a garantia de direito da população e cumprimento de dever do Estado (BRASIL, 2002).

Já em 2004, o MS lançou a *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade*

infantil, com base nos princípios norteadores do cuidado da saúde da criança. Neste documento, destacam-se os seguintes aspectos: planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais; acesso universal, acolhimento, responsabilização, assistência integral, assistência resolutiva, equidade, atuação em equipe, desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde; participação da família, controle social na gestão local e avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada.

O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) é uma das maiores conquistas da sociedade civil organizada, por ter sido capaz de introduzir mudanças significativas na legislação brasileira. Com o ECA, crianças e adolescentes passaram a ser considerados cidadãos, com direitos pessoais e sociais garantidos, em função dos quais o Poder Público implementa políticas públicas especialmente dirigidas a esse segmento.

As equipes de PSF funcionando adequadamente são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em uma comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.

Atualmente, os indicadores de saúde revelam que, apesar das muitas mudanças ocorridas nas diretrizes do MS, há ainda um longo caminho a ser percorrido com vistas ao direito integral à saúde, assumido nas leis brasileiras.

4. O CÂNCER INFANTIL NO BRASIL

Ao se olhar para os programas até hoje instituídos pelo MS para a promoção da saúde da criança, observou-se que, no tocante ao “câncer infantil”, não há nenhuma ação/estratégia específica voltada para tal problemática, o que pode sofrer influência do estigma e do temor social referente ao tema.

A patologia ora estudada gera sentimento de “recalque”, ou seja, a postura individual de negar ou subestimar um risco, embora inconscientemente, pela própria família e pelos profissionais envolvidos, pois é gerador de intensa desestruturação familiar, ainda mais intensificada quando acomete uma criança. Neste contexto, ele pode manter-se “mascarado” pelo fator de “negação” que a própria doença traz, levando os profissionais a deixá-lo como última possibilidade diagnóstica (DAGNINO & SALVADOR, 2007).

No tocante ao câncer infantil, este deve ser estudado separadamente do câncer do adulto por apresentar diferenças nos locais primários, diferentes origens histológicas e diferentes comportamentos clínicos, pois tende a apresentar menores períodos de latência, costuma crescer rapidamente e torna-se bastante invasivo, porém responde melhor à quimioterapia.

O diagnóstico do câncer infantil é um processo complexo, e muitas são as variáveis que parecem influenciá-lo. O melhor entendimento deste processo é de fundamental importância para o desenvolvimento de estratégias de saúde pública com vistas à detecção precoce do câncer infantil. Determinar os sinais e sintomas que devem alertar para a possibilidade de doenças malignas ainda é um desafio.

O número estimado de casos de câncer infanto-juvenil, segundo o Inca, é de, aproximadamente, nove mil por ano, mas, dentre os casos diagnosticados, muitos ainda são encaminhados aos centros de tratamento com a doença em estágio avançado.

Segundo a Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (Sobope), no adulto, em muitas situações, o surgimento do câncer esta associado claramente a fatores

ambientais externos; já nos tumores da infância e da adolescência, até o momento, não existem evidências científicas que permitam observar claramente esta associação.

Diferentemente dos adultos, não existe nenhum exame específico associado à idade que possa ser feito de rotina para se detectar precocemente o câncer na criança, na população geral. O mais importante é que toda criança seja seguida periodicamente por um pediatra, como recomenda a OMS, e que os responsáveis a levem a este pediatra se suspeitarem de qualquer sinal que a criança apresente.

Estudo mais recente, realizado pela Fundação Oncocentro de São Paulo (Fosp) (*apud* BRASIL, 2008b), constatou que, na faixa etária pediátrica (0 a 18 anos), desde o ano de 2000 até junho de 2008, foram registrados 8.768 casos, correspondendo a 3,2% do total de diagnósticos realizados. Os tipos mais frequentes foram leucemias (25,7%), linfomas (16,3%) e tumores do SNC¹ (12,8%).

Diversos fatores podem interferir na probabilidade de sobrevida no câncer infantil. Um dos principais é o atraso do diagnóstico. A demora na procura de cuidados médicos pode ser consequência de uma precariedade dos serviços de saúde, da falta de percepção da possibilidade de cura tanto do leigo como da classe médica e, até mesmo, de barreiras religiosas.

O diagnóstico do câncer depende do esforço do paciente e de sua família em procurar o serviço médico no início dos sintomas e da perspicácia e sabedoria do médico em considerar a possibilidade de câncer, estabelecendo o pronto diagnóstico e adequado encaminhamento. Os sinais e sintomas são muito específicos, confundindo-se com moléstias frequentes da infância; diferentemente de alguns tumores no adulto, o rastreamento para o câncer pediátrico é extremamente discutível (BRASIL, 2008a: 22).

Existem diversos outros fatores que podem influenciar o prognóstico: hospedeiro (sexo, idade, etnia, comorbidade e fatores socioeconômicos), tumor (extensão, local primário, morfologia e biologia), sistema de saúde (rastreamento, facilidade de diagnóstico e tratamento, qualidade do tratamento e acompanhamento) (BLACK *apud* BRASIL, 2008a: 23).

As taxas de sobrevida constituem um dos indicadores mais importantes para o conhecimento do cuidado adequado à criança com câncer. Na população adulta, a

¹ Sistema nervoso central.

prevenção primária e o diagnóstico precoce são as ferramentas mais importantes contra o câncer, ficando a terapêutica em segundo plano (SPORN *apud* BRASIL, 2008a: 23).

Na população infantil, tanto a prevenção quanto o diagnóstico precoce são extremamente difíceis. A terapêutica progrediu imensamente, tornando-se a principal estratégia contra o câncer em crianças e adolescentes. A sobrevivência das crianças com doenças malignas melhorou sensivelmente nos últimos 30 anos, e isto se deve também à melhora e à centralização do tratamento em instituições especializadas (STILER, 1998 e SELBEY, 1996 *apud* BRASIL, 2008a: 23).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para assistir as crianças na atenção básica, o MS instituiu o *Manual técnico da atenção às doenças prevalentes da infância* (AIDPI), com a finalidade de promover uma rápida e significativa redução da mortalidade infantil como uma nova abordagem da atenção à saúde da criança, desenvolvida originalmente pela OMS e pelo Unicef.

O enfoque desta estratégia é tratar a criança como um todo em vez de se dirigir somente para uma parte do problema. A AIDPI permite avaliar de maneira sistemática os principais problemas e doenças que afetam a saúde das crianças, para detectar e tratar qualquer sinal geral de perigo ou doença específica. A estratégia AIDPI contém também ações de prevenção e de educação dos pais sobre o cuidado das crianças em nível domiciliar, contribuindo, assim, para evitar o adoecimento, bem como para melhorar suas condições gerais de saúde.

Para Grisi *et al.* (2001):

(...) a estratégia AIDPI tem por finalidade promover a redução da mortalidade na infância, reforçar o conceito de integralidade da atenção à saúde da criança, fortalecer a capacidade de planejamento e resolução no primeiro nível da atenção, pondo à disposição do pessoal de saúde as ferramentas para a resolução adequada dos problemas mais frequentes que afetam à saúde da criança.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) (BRASIL, 2004), a AIDPI é considerada uma estratégia-chave eficiente para melhorar a saúde das crianças menores de cinco anos.

Como norteador das reflexões a serem realizadas a partir de então, será utilizado o Protocolo de Enfermagem à Saúde da Criança, instituído pela Secretaria de Saúde de um município da região do Grande ABC, elaborado e distribuído à rede básica do citado município no ano de 2008. Este protocolo visa à padronização das ações na assistência à criança. Cabe ainda ressaltar que cada município instituiu o seu próprio protocolo de enfermagem à saúde da criança, visando a padronizar as ações na assistência, e todos devem estar de acordo com as diretrizes do MS.

O protocolo ora em estudo direciona as ações da assistência de enfermagem, englobando medidas desde o pré-natal até os cinco anos de idade da criança. Foi delineado com base nos perfis epidemiológicos da população infantil no território abrangido por uma unidade de saúde, identificando riscos potenciais aos quais esta população está exposta, garantindo a equidade da atenção. Esta assistência deve ocorrer de forma organizada, de modo que todas as crianças tenham acesso ao atendimento nas unidades básicas.

O atendimento ocorre por meio da demanda programada (consultas agendadas) e da demanda espontânea, esta gerada conforme as necessidades dos usuários. Outro formato deste atendimento ocorre por intermédio da visita domiciliar (VD), iniciada no puerpério imediato (prazo de sete dias após alta hospitalar) com o objetivo de avaliar a inserção deste membro no contexto familiar, iniciando a assistência à criança com a estimulação do aleitamento materno.

A demanda programada, ou seja, o agendamento das consultas de enfermagem ocorre de maneira intercalada com a consulta médica, em forma de revezamento entre consulta médica (CM) e consulta de enfermagem (CE), conforme demonstrado no cronograma (Quadro II) abaixo.

Analisando este cronograma, é possível determinar que, atualmente, o enfermeiro, dentro do PSF, possui

Quadro II: Fluxo de consultas médicas e de enfermagem

	1M	2M	3M	4M	5M	6M	7M	8M	9M	10M	11M	12M	13M	15M	16M	18M	19M	21M	22M	24M
CM	X	X		X		X			X			X		X		X		X		X
CE			X		X		X	X		X	X		X		X		X		X	

Fonte: Protocolo de enfermagem - Atenção à Saúde da Criança-Diadema/SP (2008).

um importante papel clínico na assistência à criança, cabendo-lhe, em suas consultas, observar os sinais e sintomas das doenças em seu ciclo inicial, de modo a formar um elo com o profissional médico na busca da precocidade do diagnóstico.

Entretanto, para o presente estudo, com o quadro acima apresentado, dentro da legalidade que compete à profissão, o profissional enfermeiro que procede à sua consulta norteada no AIDPI poderá estar capacitado para identificar um suposto caso de câncer infantil, utilizando o método de exclusão das doenças mais comuns.

Outra vertente importante para o estudo é elucidar a legalidade da prática da profissão, as competências incumbidas ao enfermeiro e ao médico, que tanto geram discussões, acarretando na atenção básica a descontinuidade na assistência à saúde do indivíduo.

No Brasil, a exemplo de países nos quais o exercício da enfermagem é regulamentado, enfermeiros indicam problemas de saúde, solicitam exames complementares e prescrevem medicamentos, mediante protocolos legalmente estabelecidos pelo MS, gestores estaduais, gestores municipais ou do Distrito Federal, conforme previsão legal da Lei n. 7.488/86 e do Decreto n. 94.406/87. Os protocolos são estabelecidos a partir de estudos que mostram que as ações a ser tomadas no advento de determinado agravo à saúde devem ser as prescritas por instâncias normativas, independentemente do local, da situação ou do profissional que realiza o atendimento.

Diante de tais dúvidas, mesmo com a Resolução Cofen n. 271/2002, em seus artigos 1º ao 6º, em 25 de abril de 2007, por iniciativa do MS, foi realizada uma reunião com a presença do Ministro da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Federal de Enfermagem e do Conselho Federal de Medicina, em que se buscou o entendimento quanto ao dispositivo legal das incumbências do enfermeiro e do médico na Política Nacional na Atenção Básica. Este encontro resultou em uma nova redação consensual ao anexo I, item 2, da Portaria GM n. 648/2006, ratificando as funções do enfermeiro e do médico, ao reafirmar a importância do trabalho em equipe para garantir a assistência integral a população, assim alterado:

Compete ao Enfermeiro:

I – realizar assistência integral aos indivíduos e famílias na Unidade de Saúde da Família e quando

indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários;

II – realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais, municipais ou do Distrito Federal. (...)

Ao Médico:

(...)

VIII – compete ao médico acompanhar a execução dos protocolos, devendo modificar a rotina médica, desde que existam indicações clínicas e evidências científicas para tanto.

Em virtude do exposto acima, pretende-se demonstrar a seguir como o enfermeiro tem ampla inserção na atenção básica/Saúde da Família, dentro do contexto atual, requerendo atividades cada vez mais diversificadas do referido profissional, pois este cada vez mais ocupa espaços estratégicos na implantação de políticas sociais.

Ressalta-se que os enfermeiros deverão ser sujeitos atuantes nas ações prestadas à criança e à família, e que os protocolos municipais representam uma ferramenta para melhorar a qualidade assistencial, embasados e fundamentados na legislação brasileira e em literatura científica, especificamente do Ministério da Saúde.

Além das competências acima elencadas, o enfermeiro tem a previsão legal na participação efetiva na educação permanente da equipe, sendo mantenedor dos conhecimentos técnico-científicos da mesma.

Cabe ao profissional enfermeiro do PSF e atenção básica a missão de acolher a criança e seu acompanhante, compreendendo a extensão do problema que a aflige dentro de sua incumbência técnica/científica e legal, modificando a realidade atual no atendimento à saúde da criança, desde que se aproprie e aplique o seu conhecimento na prática, visando ao diagnóstico precoce das doenças.

Então, para o profissional enfermeiro é primordial, a fim de que realmente possibilite o diagnóstico médico precoce do câncer infantil, o conhecimento dos sinais e sintomas das doenças prevalentes na infância, ou seja, que tenha conhecimento do AIDPI e que detenha conhecimentos para interpretar os resultados dos exames solicitados, de forma que o mais rápido possível a criança seja encaminhada para o profissional médico e, posteriormente, para o

especialista, se este for o caso. Para isso, o profissional enfermeiro deve estar sensibilizado e capacitado para suspeitar dos sinais e sintomas do câncer infantil.

O enfermeiro passou a ser um recurso importante no diagnóstico precoce do câncer infantil não somente devido à sua capacidade de assistência direta à criança, mas por sua responsabilidade na atualização da equipe de profissionais e, neste caso, de agentes comunitários de saúde (ACSs) e auxiliares e técnicos de enfermagem. Profissionais capacitados poderão solicitar a avaliação imediata do enfermeiro, iniciando o processo de seleção ou exclusão de casos e ouvindo atentamente a família, já que seus integrantes se queixam de não ser valorizados pelos profissionais de saúde.

Sinais e sintomas devem ser investigados. Nem sempre são necessários exames; muitas vezes um bom momento de encontro entre enfermeiros e pais pode ajudar a elucidar muitas questões.

É o que propõe o programa de acolhimento do MS, sustentado pela tríade do acolhimento, da escuta e da responsabilidade, enquanto processo que tem início no exercício interno do profissional, ou seja, com ele próprio.

O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas do indivíduo, identificando riscos e vulnerabilidade às doenças, além de acolher também a avaliação do próprio usuário. Este deve se responsabilizar por dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas de serviços, de sorte a produzir um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolutiva.

Os pais, quando envolvidos, observam seus filhos e têm informações pontuais e importantes para que o profissional de saúde possa decidir sobre que conduta investigativa tomar. Nem todo sinal ou sintoma, considerando as crianças, deve ser entendido como “comuns” na infância, embora se saiba que existem episódios morbidos que serão inevitáveis neste período do ciclo vital.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar-se o presente estudo, abordando a temática “Diagnóstico precoce do câncer infantil”, os autores depararam-se com um importante problema de saúde coletiva na sociedade brasileira.

O “câncer” imputa a tríade “dor, sofrimento e morte”, e estes sentimentos são ainda mais intensificados quando a doença acomete uma criança.

Apesar de sua raridade perante as demais doenças comuns da infância, o câncer infantil é considerado, atualmente, um dos maiores causadores de óbitos na faixa etária de 0 a 18 anos no Brasil.

Perante tais fatos, a vertente que levou à indagação sobre a importância da assistência prestada na atenção básica para a saúde da criança surgiu em decorrência da constatação dos casos de câncer tardio encaminhados para os grandes centros especializados, que são provindos deste nível de atenção.

Além disso, buscou-se a compreensão do papel do enfermeiro diante da proposta do programa PSF, desvelando a legalidade da profissão e, a partir da prática, o encontro de um norteador inicial para a resolubilidade da problemática apresentada neste estudo.

Acredita-se que cabe ao profissional enfermeiro da atenção básica a difícil missão de modificar a realidade da qualidade da assistência ora prestada às crianças, pois, dentro de sua competência estabelecida pelas portarias citadas para a fundamentação deste estudo, incumbe-lhes um importante papel clínico, e este pode possibilitar a agilidade do diagnóstico médico precoce das doenças mais prevalentes da infância e, por exclusão clínicas destas, o diagnóstico do câncer infantil.

Salienta-se, ainda, aos gestores em saúde que o enfermeiro bem “CAPACITADO” tornou-se primordial para a efetividade e a execução das políticas públicas de saúde, devido ao seu alto nível de responsabilização dentro da equipe multidisciplinar, bem como agente de transmissão dos conhecimentos aos ACSs, auxiliares e técnicos de enfermagem, além de elo entre paciente e médico em todo o processo saúde/doença do indivíduo.

Contudo, com a junção de uma maior oferta de capacitação por parte dos governantes aos profissionais enfermeiros, focando estratégias já implantadas – como a AIDPI, dentre outras – e ações como as do Instituto Ronald McDonald em capacitar os profissionais da atenção básica para suspeitar de sinais e sintomas sugestivos do câncer infantil, será possível pensar em um possível caminho para a obtenção de um dos objetivos do milênio: a “redução da mortalidade infantil”.

Conclui-se que os ENFERMEIROS podem ser um instrumento de grande valia para milhares de crianças e adolescentes em todo o País, pois, ao longo do tempo, conquistou-se o direito legal de intervir clinicamente sobre a saúde destes pequenos pacientes, provendo também uma forma mais humana de “cuidar”.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Série *Cadernos de Atenção Básica*, n. 11, série A, Normas e Manuais Técnicos, Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília-DF, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Atuação do enfermeiro na atenção básica. *Informe da Atenção Básica*, n. 16, ano III, abril, 2002a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/psinfo_16.pdf>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2009.
- _____. Ministério da Saúde. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília-DF: MS/Secretaria de Atenção à Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica – PNAB*. Série Pactos pela Saúde, v. 4, 2006. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 12 de maio de 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Saúde da família. *Painel temático dos indicadores do SUS*, n. 4. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_saude_da_familia_4.pdf>.
- _____. Ministério da Saúde. *Manual de bases técnicas de oncologia*. 10. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, novembro, 2008a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/Manual%20Onco%20211106.pdf>>. Acesso em: 16 de abril de 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). *Atenção básica e Saúde da Família*. Brasília-DF, 2009. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2009.
- CERVO, Amado L. & BERVIAN, Pedro A. *Metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- CLÉBICAR, Tatiana. Inca pede que pediatras deem mais atenção ao câncer infantil. *O Globo on-line*. Viver melhor. Publicada em 27 de novembro de 2008. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/vivermelhor/mat/2008/11/27/inca_pede_que_pediatras_deem_mais_atencao_ao_cancer_infantil-586582965.asp>. Acesso em: 30 de novembro de 2008.
- COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Site institucional. Legislação. Brasília/DF. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7588§ionID=38>>. Acesso em: 13 de maio de 2009.
- CYRILLO, Regilene M. Z. 2005. 270p. *Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma no atendimento avançado pré-hospitalar móvel*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: Eerp/USP. p. 27-34.
- FIGUEIREDO, Glória Lúcia A. & MELLO, Débora F. de. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 15, n. 6, p. 1.171-1.176, Ribeirão Preto, novembro/dezembro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600018&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 de maio de 2009.
- FORTES, Paulo Antônio de C. & SPINETTI, Simone R. A informação nas relações entre os agentes comunitários e os usuários do Programa de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 2, p. 70-75, maio/agosto, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/07.pdf>>. Acesso em: 8 de abril de 2009.
- GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. d. São Paulo: Atlas, 2002. p. 41-77.
- GRISI, Sandra J. F. E. et al. O ensino da estratégia “atenção integrada às doenças prevalentes da infância” (AIDPI) em pediatria. *Revista do Hospital Universitário da USP*, São Paulo, v. 11, n. 1/2, p. 68-74, janeiro/dezembro, 2001.
- HOSPITAL DO CÂNCER A. C. CAMARGO. Centro de Tratamento, Ensino e Pesquisa em Câncer. Site institucional. Tipos de câncer. São Paulo/SP: Fundação Antônio Prudente, 2009. Disponível em: <<http://www.hcanc.org.br/printTipoCancer.php?page=14&idTipoCancer=24>>. Acesso em: 10 de maio de 2009.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. *Câncer na criança e no adolescente no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tumores_infantis/pdf/livro_tumores_infantis_0904.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2009.

REFERÊNCIAS

_____. Câncer no centro do debate mundial. In: 2º CONGRESSO INTERNACIONAL DE CONTROLE DE CÂNCER – ICCC, Rio de Janeiro/Barra da Tijuca. Rio de Janeiro: Inca, 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view.asp?ID=1575>. Acesso em: 12 de maio de 2009

_____. *Estimativa 2008*. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2009.

LENZ, Maria Lúcia M.; PIRES, Norma V.; STEIN, Airton T. & FLORES, Rui. Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de atenção primária. *Revista Brasileira Saúde da Família*, n. 18, ano IX, Brasília/DF, abril/junho, 2008.

LIMA, Regina Aparecida G.; SCOCHI, Carmem G. S.; KAMADA, Ivone & ROCHA, Semíramis M. M. Assistência à criança com câncer: alguns elementos para a análise do processo de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 30, n. 1, p. 14-24, abril, 1996. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reensp/upload/pdf/327.pdf>>. Acesso em: 15 de abril de 2009.

RODRIGUES, Karla E. & CAMARGO, Beatriz de. Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 49, n. 1, p. 29-34, São Paulo, janeiro/março, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000100030&script=sci_arttext)

[php?pid=S0104-42302003000100030&script=sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000100030&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15 de abril de 2009.

ROSA, Walisete de A. G. & LABATE, Renata C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 6, p. 1.027-1.034, novembro/dezembro, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 16 de abril de 2009.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>>. Acesso em: 09 de abril de 2009.

SEGATTO, Criatiane. A nova cara do câncer infantil. *Saúde & Bem-Estar. Revista Época*, ed. 550, p. 82-90. São Paulo/SP, novembro, 2008.

UNICEF – UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. Unicef Annual Report 2006. Junho, 2006. Disponível em: <http://www.unicef.org/publications/files/Annual_Report_2006.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2009.

WERNECK, Nestor Eduardo C. O combate ao câncer infanto-juvenil no Brasil – uma visão social. 1. ed. Rio de Janeiro: Fábrica de Livros, 2002. Disponível em: <http://www.elmundosalud.elmundo.es/elmundosalud/especiales/2004/05/quimioterapia_yvomitos/quimioterapia.html>. Acesso em: 24 de fevereiro de 2009.

Endereço para correspondência:

Simone Pereira Dias. Rua Alfredo Dumont Vilarés, n. 106 - Taboão - São Bernardo do Campo - SP - CEP 09672-070. E-mail: pereira_dias@yahoo.com.br.