

Competências profissionais em saúde: um olhar sobre o câncer infantil na atenção básica

Professional skills in health: a look at childhood cancer in primary care

Italo Ramon da Silva ^I, Adryelle Camilo de Lima ^I, Thaisa Milena de Lima ^I, Eline Mendonça ^{II}, Maria Valéria Gorayeb ^{III}.

- I Graduanda (o) em Enfermagem pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida
- II Coorientadora. Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Família do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira IMIP. Mestre em Avaliação em Saúde pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira IMIP.
- III Orientadora. Especialista em Saúde Pública e Gestão de Serviços Públicos de Saúde. Mestrado Profissional pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz/MS/UFPE.

RESUMO:

OBJETIVO: Averiguar como as ações e competências, voltadas ao câncer infanto-juvenil, estão sendo desenvolvidas pelos profissionais médicos e de enfermagem das equipes da ESF do município de Caruaru.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo com corte transversal. Foram entrevistados enfermeiros e médicos que atuavam em equipes de Saúde da Família do município de Caruaru entre maio e agosto de 2017, com resultados analisados no EPIINFO.

RESULTADOS: Dentre os entrevistados a maioria eram enfermeiros, do sexo feminino, com média de atuação na ESF de 6,8 anos e especialidades na área de Saúde da Família, Pública e Coletiva. A maioria alegou ter conhecimento sobre a sintomatologia do câncer infanto-juvenil, mas, ao analisar o conjunto de sintomas identificados percebe-se que 61% dos participantes possui um escore insatisfatório, desconhecendo assim, os sintomas que podem vislumbrar o diagnóstico precoce. A maioria dos participantes acredita que a atenção básica deve acompanhar a criança com câncer, porém, muitos nunca realizaram alguma assistência domiciliar ou deram orientações aos pais/cuidadores.

CONCLUSÕES: Os profissionais possuem dificuldades em desempenhar as atividades necessárias para a identificação de sinais e sintomas de menores com câncer, bem como a realização, de forma efetiva, de um acompanhamento e cuidado com esses menores, seja por ausência de capacitações, seja pelo pouco conhecimento do seu papel diante dessas situações.

DESCRITORES: Atenção Primária de Saúde, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Neoplasia, Sinais e Sintomas, Diagnóstico Precoce, Cuidados Paliativos e Educação Continuada.

1. INTRODUÇÃO

As Neoplasias podem ser definidas como uma proliferação anormal de células, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo, apresentando autonomia e grande poder de proliferação com efeitos agressivos sobre o hospedeiro¹, acometendo indivíduos de todas as faixas etárias.

Diante disso, nos anos de 2009 a 2013, as neoplasias foram responsáveis pelo segundo maior índice de mortalidade infanto-juvenil no país, entre 5 e 19 anos, e a quinta maior entre o grupo de 1 a 4 anos². Houve também um alto índice de internação por neoplasias, onde, entre os anos de 2008 a 2014, as internações estiveram entre as dez primeiras causas em indivíduos de 0 à 19 anos³.

Então, em 2013 foi lançada a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) que aborda a doença de forma ampla, a todos os públicos e idades e tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos⁴.

A PNPCC determina ações e competências que todo o sistema deverá desempenhar, dentre esses, encontra-se a Atenção Básica (AB)⁵. Nesta composição, existem os Cadernos de Atenção Básica (CAB) que servem como auxílio aos profissionais de saúde, mas, ao observar o caderno sobre a Saúde da Criança⁶ não foram notados instruções e/ou orientações para o diagnóstico precoce, rastreamento e acompanhamento de infantil com câncer.

Porém, em 2012 foi lançada o Diagnóstico Precoce do Câncer na Criança e no Adolescente (DPCCA) que tem como princípio levar informação qualificada as equipes de saúde da família, apresentando detalhadamente as atribuições que cada profissional da AB deve desempenhar no diagnóstico e acompanhamento de menores com câncer⁷, O que despertou o interesse dos pesquisadores.

Diante disto, o objetivo do presente estudo foi averiguar como as ações e competências, voltadas ao câncer infanto-juvenil, estão sendo desenvolvidas pelos profissionais médicos e de enfermagem das equipes da ESF do município de Caruaru.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo descritivo com corte transversal, onde adotou-se como hipótese que os profissionais Médicos e de Enfermagem da atenção básica não conseguem desempenhar o papel previsto para o diagnóstico precoce e acompanhamento do câncer infanto-juvenil.

O estudo foi realizado nas equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF) da Rede Municipal de Atenção Básica do Município de Caruaru - PE, que contava com 64 equipes durante a construção do projeto. Estimou-se, a partir da composição da equipe mínima da Atenção Básica pela PNAB (2012), que atuavam em torno de 128 profissionais de enfermagem e/ou médicos nas unidades ao todo, então a amostra foi estabelecida em 84 indivíduos, definido por cálculo amostral simples. Para estes profissionais participarem do estudo eles deveriam atender aos critérios de inclusão, enfermeiros e médicos que atuem na UBS há pelo menos um ano, e de exclusão, enfermeiros e/ou médicos que estejam substituindo os profissionais vinculados a ESF no período da coleta e membros de equipes que não estivessem completas. A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES/UNITA) com o CAAE - 66265517.6.0000.5203.

A coleta de dados ocorreu de Maio a Agosto de 2017, através do preenchimento de um questionário semiestruturado, aplicado pelos pesquisadores, desenvolvido para o estudo. Os participantes foram abordados dentro de sua disponibilidade e individualidade e somente respondiam ao questionário após explanação da temática e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O instrumento contou com 4 questões relacionadas aos dados pessoais, 10 questões sobre dados profissionais e 18 questões sobre os objetivos do estudo.

Os dados foram tabulados via Microsoft Excel e foi-se utilizada frequência absoluta e relativa a partir do programa EPI INFO 7.2.1.0 para a análise dos dados.

3. RESULTADOS

Foram coletados dados de 69 profissionais (82,14% da amostra) de 52 unidades (81,25% do total de unidades), em 5 unidades (7,81%) o contato não foi efetivado. Nas outras 7 unidades (10,93%) não houve coleta por não atenderem aos critérios do estudo. Os dados foram agrupados em cinco grupos, que serão apresentados a seguir.

3.1 Dados individuais e Atuação profissional

De acordo com os resultados 88,41% (61 resultados) eram do sexo feminino e 11,59% (8 resultados) do sexo masculino. A média de idade destes profissionais foi de 38,9 anos, onde 71,01% deles (48 resultados) eram enfermeiros(as) e 28,99% (20 resultados) eram médicos(as), tendo concluído sua graduação em média há 12,6 anos. Estes profissionais estão a um tempo médio de atuação na atenção básica de 11,03 anos, porém, o tempo médio de trabalho na unidade local é de 6,7 anos.

Outros 86,96% (60 resultados) alegaram ter feito alguma especialização, tabela 1, e 97,10% (66 resultados) afirmaram buscar aperfeiçoamento profissional na área. Em torno 20,29% (14 entrevistados) atuavam na zona rural e 79,71% (54 entrevistados) atuavam na zona urbana. Quando questionados sobre o grau de interação com a equipe 73,91% (51 resultados) alegaram ter uma relação muito boa, 21,74% (15 resultados) possuíam uma boa relação, 2,9% (2 resultados) uma relação nem boa nem ruim e 1,45% (1 resultado) relatou ter uma relação muito ruim com a equipe. Referente ao grau de satisfação com o emprego, 50,72% (35 resultados) estavam muito satisfeitos, 39,13% (27 resultados) satisfeitos, 4,35% (3 resultados) nem satisfeitos nem insatisfeitos, 2,9% (2 resultados) alegaram estar insatisfeitos e 2,9% (2 resultados) estavam muito insatisfeitos com o trabalho. Dessa mesma amostra, 91,3% (63 resultados) não desejam mudar de ESF e 86,96% (60 resultados) não desejam mudar de serviço.

3.2 Formação e educação continuada

Cerca de 84,06% (58 resultados) afirmaram que durante a sua formação acadêmica tiveram algum tipo de abordagem ao câncer infantil outros 15,94% (11 resultados) negaram. Do total de 86,96% (60 resultados) relataram já ter procurado algo

sobre essa patologia, porém, apenas 36,23% (25 resultados) alegaram conhecer algum documento que embasa a assistência ao câncer infantil. Foram citados 38 materiais, os documentos mais descritos foram artigos com 21,43% (6 respostas), Protocolos do IMIP 14,28% (4 respostas), Caderno de Atenção Básica 10,71% (3 respostas) e outras respostas individuais 53,58% (25 respostas). Por fim, 65,22% (45 entrevistados) alegam nunca ter participado de alguma capacitação sobre câncer infantil voltada os profissionais das ESFs por parte da Secretaria de Saúde.

3.3 Puericultura e educação em saúde

Um dos parâmetros analisados foi o grau de conhecimento sobre a sintomatologia do câncer infantil, onde 82,61% (57 resultados) alegaram ter conhecimento, 14,49% (10 resultados) não tem compreensão e 2,9% (2 resultados) não responderam. A partir disso, foi solicitado que os entrevistados demarcassem sinais e sintomas que pudessem ser correlacionados aos principais cânceres infantis. Foi apresentada uma lista com doze sintomatologias gerais, onde apenas oito desses estão relacionados com os principais tipos de cânceres infantis, de acordo com o Diagnóstico Precoce do Câncer na Criança e no Adolescente (INCA), sendo eles: hematomas, anemia, cefaleia, emêse, emagrecimento, adenomegalia, dor nos ossos e articulações e febre persistente. As quatro opções que não condiziam com a patologia eram: diarreia, edema, cianose e icterícia. Os resultados podem ser visualizados no Gráfico 1.

A partir dos sintomas demarcados, foi estabelecido uma escala de classificação, onde ao marcar um sintoma verdadeiro, o entrevistado acumulava um ponto, em contra partida ao marcar um sintoma não correlacionado, perdia um ponto. Se ao final da contabilização, o participante obtivesse um resultado entre 0 a 2 ele seria totalmente insatisfatório, 3 a 4 seria insatisfatório, 5 a 6 seria satisfatório, 7 a 8 seria totalmente satisfatório. O resultado pode ser visualizado no Gráfico 2.

Em 95,65% (66 resultados) confirmaram avaliar a respectiva sintomatologia na consulta de puericultura, 82,60% (57 resultados) apontaram alertar os cuidadores em relação aos sinais e sintomas encontrados. Outros 76,81% (53 resultados) disseram não ter realizado nenhuma atividade educativa relacionada aos fatores de risco acerca dessa patologia. Quando questionados sobre quais motivos os levavam a não

realizarem atividades educativas obtiveram-se 57 respostas, onde 59,65% (34 respostas) não responderam, 8,77% (5 resultados) alegaram falta de casos na área, 3,51% (2 resultados) apontaram não possuir estrutura física, 3,51% (2 resultados) relataram realizar atividades com temas mais comuns, por fim, tiveram respostas únicas alegando, por exemplo, não ter conhecimento, capacitação, planejamento, iniciativa entre outros totalizando 24,56% (14 respostas).

3.4 Atenção básica no cuidado a criança com câncer

Há 96% (66 participantes) que acreditam que a AB possui atribuições com a criança com câncer, mesmo ela em acompanhamento num serviço especializado. Outros 66,67% (46 participantes) relatam que nunca tiveram nenhum caso de câncer infantil na sua área adscrita. Outros 30,43% (21 participantes) alegam já ter tido algum caso de câncer infantil na área e 2,9% (2 participantes) não responderam. Atualmente, 85,51% (59 participantes) afirmam não ter conhecimento de nenhum caso novo, 13,04% (9 participantes) possuíam casos atuais e 1,45% (1 participantes) não respondeu. Em média 78,26% (54 participantes) já fez ou faz acompanhamento de crianças com câncer na ESF, 76,81% (53 participantes) nunca realizaram assistência domiciliar a esse grupo de crianças e 76,81 (53 resultados) nunca realizaram nenhuma orientação a cuidadores dessas necessidades.

3.5 Ordenadora e coordenadora do cuidado

No total de 100% dos entrevistados nenhum foi notificado de algum caso de abandono de tratamento oncopediátrico, por parte os serviços de referência. Porém, 89,86% (62 resultados) alegaram saber para onde encaminhar uma criança com suspeita diagnóstica ou sintomatologia de câncer, os lugares listados se encontram na tabela 2. Na avaliação em tela 97,1% (67 entrevistados) acham que deveria haver alguma contra referencia entre as unidades especializadas com a ESF.

4. DISCUSSÃO

4.1 Dados individuais e atuação profissional

Dados de setembro de 2016 sobre a ocupação dos profissionais de enfermagem e medicina na AB nas ESF apresentaram um índice de 51,75% (74) de profissionais de enfermagem, e 48,25% (69) de profissionais médicos para o município. No estado de Pernambuco a proporção era 51,38% (2.579) para enfermeiros e 48,62% (2.441) médicos. Em comparação ao Brasil os índices se aproximam bastante, 50,94% (48.414) para enfermeiros e 49,06% (46.636) para médicos³, tornando semelhante a população analisada a nível estadual e nacional. A média de idade foi semelhante ao resultado obtido num estudo sócio demográfico e epidemiológico nas regiões sul e nordeste, com média de 38 anos para a região nordeste, bem como o sexo da maioria dos profissionais, majoritariamente do sexo feminino. Porém, o número de indivíduos com algum tipo de especialização divergiu levemente, sendo um pouco maior o percentual de profissionais com especialização no presente estudo⁸.

No que tange as relações interpessoais um estudo realizado com enfermeiros gerenciais na Rede Básica de Saúde (RBS) evidenciou que promover a integração e um bom relacionamento com a equipe de saúde foi o resultado mais citado dentre os pesquisados. Muitos consideraram fundamental investir em um relacionamento interpessoal, bem como, valorizar o desempenho da equipe para garantir um bom andamento e qualidade do cuidado prestado⁹.

Em relação ao grau de satisfação com o emprego, um estudo realizado com enfermeiros e médicos da Atenção Básica tradicional e ESF apontou que a satisfação com a atividade laboral está relacionada ao fato desses profissionais realizarem um trabalho ao qual tem afinidade e com o estabelecimento de vínculo entre os membros da equipe e destes com o usuário¹⁰. Isso pode corroborar para o desenvolvimento de percepções e ações que busquem ser mais integralizadas e contínuas, podendo discutir e definir condutas a serem tomadas na comunidade e a indivíduos específicos.

Todas essas informações são relevantes uma vez que em estudo de 2017 sobre acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013), apontou que 79,9% dos indivíduos entres 0 e 17 anos costumam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde quando precisam de atendimento a saúde¹¹, mais do que qualquer outra faixa etária pesquisada. Isso revela que estes usuários desenvolvem vínculos importantes com aqueles profissionais de saúde que os atendem. Então uma boa interação com a equipe, além de um bom grau de satisfação com o emprego pode facilitar o diagnóstico diferencial e antecipado pela equipe da ESF, uma vez que esse individuo tente a retornar ao serviço apresentando a mesma sintomatologia e a equipe, em discussão do caso, pode identificar e estabelecer ações e medidas precisas para os casos suspeitos.

4.2 Formação e Educação continuada

O percentual de enfermeiros que relataram ter, durante a graduação, algum tipo de abordagem ao câncer infantil é contrário aos resultados de um estudo que apontou que durante a graduação o ensino voltado a oncologia se resume aos estágios e Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)¹².

Em contrapartida, em relação aos 65,22% dos entrevistados que alegaram nunca ter participado de alguma capacitação sobre câncer infantil, foi visto que as instituições também não ofertam atividades de educação permanente para os profissionais, onde muitos relatam que o aprendizado é adquirido com a prática, sem conhecimento teórico prévio, salvo em casos em que o trabalhador inicia uma busca independente sobre conteúdos para auxiliar a sua prática¹².

Diante disso, os entrevistados apontaram materiais que em mostraram-se muito gerais, como os artigos, ou não podem contribuir para a identificação de sinais e sintomas, como o CAB. Essa fragilidade de conhecimento sobre a temática, desde a graduação e na educação continuada ofertada pelas instituições, compromete a identificação de sinais e sintomas de forma antecipada, por parte dos profissionais de enfermagem, podendo retardar o diagnóstico, contribuindo para o avanço do quadro

patológico, bem como suprimindo a realização de atividades voltadas a educação a saúde dentro da comunidade.

4.3 Sintomatologia

A sintomatologia é um fator importantíssimo para a detecção do diagnóstico precoce. Porém, é preciso lembrar que alguns fatores podem interferir no tempo do aparecimento da sintomatologia até o diagnóstico, como o tipo de tumor, localização do tumor, idade do paciente, suspeita clínica, entre outros⁷.

Ainda sim, é possível a percepção sobre a sintomatologia correspondente, bem como, o encaminhamento ou diagnóstico pela ESF. Tanto pelo vínculo estabelecido pela equipe com a comunidade, que garante o cuidado longitudinal, quanto pelo retorno desses indivíduos ao serviço quando necessitar de atendimento em saúde.

Então, pode-se perceber que os entrevistados, em sua maioria, conseguem identificar a sintomatologia correspondente dentre os sinais e sintomas apresentados. Pois, dentre os sintomas não correlacionados com o câncer, três deles foram os menos citados e apenas um deles, icterícia, foi o sétimo mais citado. Porém, ao realizar uma análise individual é visto que estes profissionais não conseguem fazer uma correlação satisfatória entre os sintomas necessários para a realização do diagnóstico diferencial.

Um estudo realizado em Recife corrobora e contradiz os resultados, pois eles afirmam conhecer, ao apontar que os profissionais da Saúde da Família possuem conhecimento insuficiente para identificar os sinais e sintomas mais comuns do câncer pediátrico¹³. A gravidade acentua-se ao observar que a grande maioria dos entrevistados avalia erroneamente, ao se investigar o câncer infantil, os sintomas apresentados pela criança. Bem como, alertam os pais e/ou responsáveis sobre uma sintomatologia que não condiz com a doença, o que pode gerar situações de estresse e ansiedade em toda a família.

É compreensível que a sintomatologia apresentada seja considerada ampla e comum a outras doenças. Porém, é importante que o profissional possa realizar uma contextualização com os dados do paciente, bem como a duração dos sintomas, para poder conduzir o quadro com efetividade⁷.

A falta de conhecimento sobre a temática é também um dos resultados para a variável de educação em saúde. O segundo resultado alegado pelos participantes foi a falta de casos na área, o que é interessante pois nos últimos três anos, a incidência de câncer em indivíduos entre 1 a 4 e 10 a 19 anos teve aumento³. Os demais relataram a falta de estrutura e a realização de atividades voltadas a temas mais comuns como causas, porém, a maioria dos profissionais não responderam a questão.

4.4 Atenção básica e câncer

A maioria dos profissionais, 96% (66 resultados), reconhecem que a AB tem atribuições com o menor com câncer, mesmo com elas em acompanhamento por um serviço especializado. E a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), reafirma isso ao determinar à AB competências e responsabilidades, tais como: realizar ações de promoção a saúde e prevenção dos fatores de risco, implementar ações de diagnóstico precoce, encaminhar e manter o cuidado dos usuários com a patologia, realizar o atendimento domiciliar e participar dos cuidados paliativos, entre outros⁴.

Ao cruzar este resultado com outro dado anterior, sobre a temática na formação, percebe-se uma possível fragilidade, a luz da literatura, sobre a realização de tais atribuições por parte dos profissionais, uma vez que, em sua formação profissional, pouco foi abordado sobre o tema. O que pode dificultar a participação deste indivíduo em todo o processo de saúde-adoecimento, diagnóstico, acompanhamento, alta e finitude. Porém, as competências e responsabilidades que cabem a esses profissionais são amplas, então, ao investigar o DPCCA maiores subsídios são dados a esse grupo profissional nesse modelo de atenção. Ao enfermeiro é atribuída a identificação de sinais e sintomas para um acesso mais rápido a unidade, identificar situações de risco, participar de todo o processo, durante e após o diagnóstico, realizando as orientações necessárias sobre o cuidado, acompanhar as crianças e/ou adolescentes em cuidados paliativos, bem como, atualizar informações e resgatar os pacientes fora de tratamento por abandono ou outros motivos⁷. Ao médico, é de sua responsabilidade, identificar os sinais e sintomas, em caso de suspeitas solicitar exames de detecção e/ou realizar

encaminhamentos, identificar casos de abandono também buscando reinseri-los ao tratamento oncológico e realizar o manejo dos cuidados paliativos⁷.

Observou-se que mesmo a maioria dos profissionais alegando realizar ou já ter realizado algum acompanhamento a casos de crianças com câncer, a maioria nunca realizou alguma assistência domiciliar ou deram orientações aos cuidadores desses menores.

4.5 Ordenadora e coordenadora do cuidado

A coordenação do cuidado é uma organização deliberada do cuidado individual, centrada na pessoa, com o objetivo de integrar e dar continuidade às várias ações de saúde prestadas por diferentes profissionais ou em diferentes serviços da rede¹⁴. O profissional que atua na AB, deve possuir conhecimento das intercorrências que acometem sua população. Sendo ela a porta de entrada, coordenadora e ordenadora do cuidado entre as redes, deve estar interligada a todo e qualquer tipo de tratamento dentro de seu território, estabelecendo uma relação de referência e contra referência entre os serviços. No que diz respeito a pesquisa, 89,86% do profissionais alegaram ter conhecimento dos serviços aos quais encaminhariam crianças com sintomatologia do câncer, mas ao observar a tabela que evidencia suas respostas, pode-se perceber um equívoco. Pois o ICIA não pode ser considerado uma unidade de referência, uma vez que não faz parte da rede do SUS.

Outros 97,1% acham necessário e importante a comunicação entre a ESF e os serviços especializados. Um estudo de realizado com 625 unidades de saúde evidenciou que a existência de registros dentro da AB, de usuários que estão sendo atendidos em outros pontos de atenção, é quase inexistente¹⁵. A falta de tais registros dificulta a referência e a contra referência entre as redes, como também domínio da AB sobre o quadro clínico daquele cliente. Resultando, também, na falta de conhecimento acerca de abandono de tratamento. Podendo-se confirmar ao observar que 100% dos entrevistados afirmaram nunca serem notificados quanto ao abandono de tratamento.

5. CONCLUSÃO

Concluimos que diante de todos os resultados obtidos, onde buscamos averiguar todos os aspectos que envolvem as ações dos profissionais das ESF em relação ao tema, indo da sua formação até atuação, atingimos nosso objetivo principal e confirmamos a hipótese testada. Visto que apesar de haver um alto grau de interação e satisfação com a equipe e o emprego, não houve o desenvolvimento de ações educativas para a comunidade.

Outro ponto é que mesmo a maioria reconhecendo a importância da AB no acompanhamento desses casos há uma falta de conhecimento dos profissionais acerca da doença oncológica infantil desde a identificação dos sinais e sintomas correspondentes, bem com, das posturas exercidas frente a um quadro clínico, ao afirmarem nunca terem feito visitas aos doentes ou dado orientações a pais e/ou cuidadores, exemplo. Estas condições propiciam a não visualização do câncer infantil fazendo com que os profissionais não desempenhe condutas precisas e importantes para este usuário ainda na ESF.

Outra conclusão é que mesmo com a maioria destes afirmando terem tido algum tipo de conteúdo relacionado durante a graduação, estes não conseguem correlacionar os sintomas, e também os materiais encontrados por estes são superficiais, como o CAB a saúde da criança que não aborda, sequer, os principais tipos de cânceres infantis. Por isso, é aconselhável capacitações, por parte da secretaria da saúde, sobre a temática para estes profissionais, afim de que, estes possam identificar casos suspeitos e agir com rapidez, melhorando o prognóstico do menor.

Por fim, é preciso desenvolver contato com as unidades de acompanhamento especializado, para que os profissionais possam ter compreensão ampla sobre o usuário da sua área e assim, possa realizar atividades específicas e importantes para o cuidado e restabelecimento da sua saúde.

REFERENCIAS

- 1 Ministério da Saúde. In: Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual de bases técnicas da oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações ambulatoriais. Brasília. 2015, 135p.
- 2 Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação De prevenção e vigilância. Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e jovens adultos: informações dos registros de câncer e do Sistema de Mortalidade. Rio de Janeiro, 2016, 412p.
- 3 Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. DATASUS. Brasília, 2016. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201> >
- 4 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer – Brasília, 2013. 12p.
- 5 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica – Brasília, 2012. 110p.
- 6 Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica - 33. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012. 272p.
- 7 Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Instituto Ronald McDonald. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente. Rio de Janeiro, 2004. 142p.
- 8 Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sócio demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S193-S201, 2008.

- 9 Weirich CF, Munari DB, Mashima SM, Bezerra ALQ. O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 249-57.
- 10 Lima L, Pires DEP, Forte ECN, Medeiros F, et al. Satisfação e Insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. *Esc Anna Nery* 2014;18(1):17-24. DOI: 10.5935/1414-8145.20140003
- 11 Stopa SR, Malta DC, Monteiro C, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Galvão Cesar CL, et al. Acesso e uso de serviço de saúde pela população brasileira, pesquisa nacional de saúde 2013. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 1:3s. DOI:10.1590/1413-81232014192.14072012
- 12 Luz KR da, Vargas MAO, Rosa LM, Schmitt PH, et al. Enfermeiros na Atenção Oncológica: Conhecendo na Prática do Cuidado. *Rev enferm UFPE on line. Recife*, 10(9):3369-76, set., 2016. DOI: 10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201623
- 13 Workman GM, Ribeiro RC, Rai SN, Pedrosa A, et al Pediatric Cancer Knowledge: Assessment of Knowledge of Warning Signs and Symptoms for Pediatric Cancer Among Brazilian Community Health Workers. *Pediatric Cancer Knowledge* 2007.
- 14 JR HMM; PINTO HA.
- 15 Protasio APL; Silva PB; Lima EC; Gomes LB; Machado LS; Valença AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB 2. RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 209-220, OUT 2014

TABELAS

Tabela 1 Sobre as especializações dos profissionais das ESF

ESPECIALIZAÇÃO	FREQUENCIA	PERCENTUAL	PER. CUMULATIVO
Saúde da Família	14	13,46%	13,46%
Obstetrícia	13	12,50%	25,96%
Saúde Pública	12	11,54%	37,50%
Saúde Coletiva	4	3,85%	41,35%
Urgência e Emergência	4	3,85%	45,20%
Unidade de Terapia Intensiva	4	3,85%	49,05%
Dermatologia	2	1,92%	50,97%
Educação em Saúde	2	1,92%	52,89%
Enfermagem do Trabalho	2	1,92%	54,81%
Gestão em Sistemas de Saúde	2	1,92%	56,73%
Medicina Comunitária e da Família	2	1,92%	58,65%
Obstetrícia e Saúde da Mulher	2	1,92%	60,57%
Outros*	41	39,43%	100%
TOTAL	104	100%	100%

*Apenas um tipo de especialização identificada por profissional

Tabela 2 Encaminhamento de casos suspeitos

SERVIÇO	FREQUENCIA	PERCENTUAL	PER. CUMULATIVO
ICIA	27	33,33%	33,33%
CEOC	12	14,81%	48,14%
IMIP	11	13,58%	61,72%
PEDIATRA	7	8,64%	70,36%
ONCOLOGISTA	4	4,98%	75,34%
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	4	4,98%	80,32%
CENTRO DE ESPECIALIDADES	2	2,47%	82,79%
HEMOPE MÉDIA	2	2,47%	85,26%
COMPLEXIDADE SEM RESPOSTA	2	2,47%	87,73%
CEON	1	1,23%	91,43%
ESPECIALIDADE	1	1,23%	92,66%
HOSPITAL DO CÂNCER	1	1,23%	93,89%
IOC	1	1,23%	95,12%
MÉDICO	1	1,23%	96,35%
MÉDICO DE REFERÊNCIA	1	1,23%	97,58%
TFD	1	1,23%	98,81%
UPA-E	1	1,23%	100%
TOTAL	81	100%	100%

GRAFICOS

Grafico1 -Sintomatologia identificada pelos profissionais das ESFs

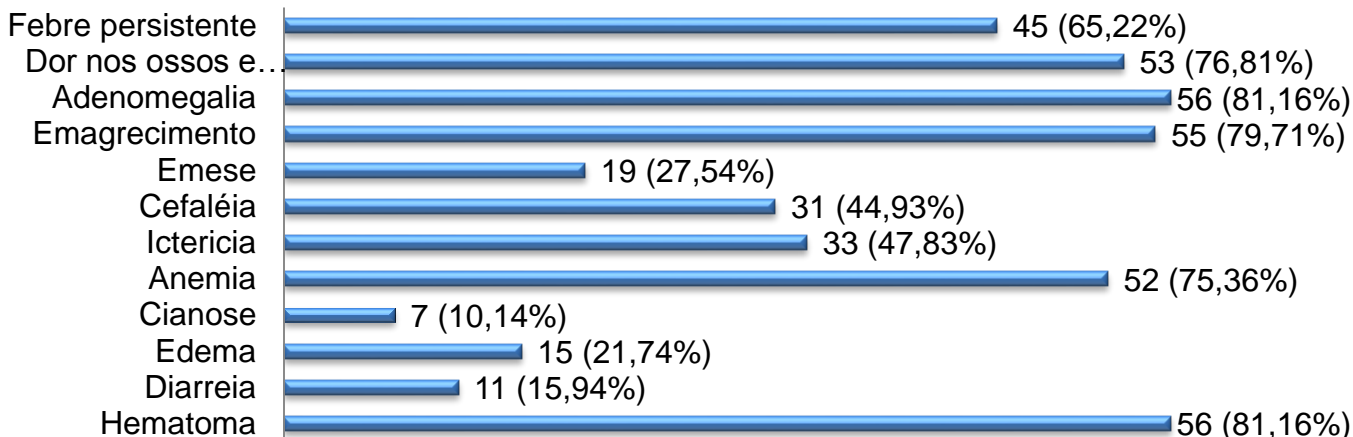


Gráfico 2

Nível de satisfação das respostas individuais dos entrevistados em relação a identificação da sintomatologia geral do câncer infanto-juvenil

■ INSATISFATÓRIO (4-3) ■ SATISFATÓRIO (6-5) ■ TOTALMENTE INSATISFATÓRIO (2-0) ■ TOTALMENTE SATISFATÓRIO (8-7)

