

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE
CURSO – ENFERMAGEM

VANNESSA FERNANDA DE MEDEIROS

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE CONTRA O CÂNCER DA
CRIANÇA, NAS ATIVIDADES REALIZADAS PELO ENFERMEIRO, NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE.

NATAL/RN
2009

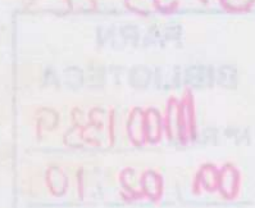
VANNESSA FERNANDA DE MEDEIROS

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE CONTRA O CÂNCER DA CRIANÇA, NAS ATIVIDADES REALIZADAS PELO ENFERMEIRO, NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio grande do Norte (FARN), como requisito avaliativo.

Orientadora: Maria das Graças de Paiva Nicolete (Dr^a).

NATAL/RN
2009



Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Medeiros, Vannessa Fernanda de

A importância do diagnóstico precoce contra o câncer da criança, nas atividades realizadas pelo enfermeiro, nas unidade básica de saúde / Vannessa Fernanda de Medeiros. – Natal: FARN, 2009.

41f.

Orientador: Maria das Graças de Paiva Nicolete (Dr^a.)

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Enfermagem – Monografia. 2. Prevenção - Câncer – Monografia. 3. Saúde Pública – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 616-006.6



616-006.6

M44i

2009

ex 01

VANNESSA FERNANDA DE MEDEIROS

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE CONTRA O CÂNCER DA CRIANÇA, NAS ATIVIDADES REALIZADAS PELO ENFERMEIRO, NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

Projeto de Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), como requisito avaliativo.

Aprovada em: ____ / ____ / ____.

Prof^a. Dr^a. Maria das Graças de Paiva Nicolete

Orientadora

Banca Examinadora (Avaliador 1.º)

Banca Examinadora (Avaliador 2.º)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 PRBLEMÁTICA	11
1.2 JUSTIFICATIVA	12
1.3 OBJETIVOS	14
1.3.1 Objetivo geral	14
1.3.2 Objetivos específicos	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 DADOS HISTÓRICOS DA SAÚDE PÚBLICA	15
2.2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	18
2.3 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER NA CRIANÇA	20
2.4 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FRENTE AO DIAGNÓSTICO PRECOCE CONTRA O CÂNCER NA CRIANÇA	23
3. METODOLOGIA	26
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	27
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33
ANEXO	36

"Eu certamente espero que as coisas mudem.
Então eu aprendi que o único modo de as coisas
mudarem para mim é quando eu mudo"

Jim Rohn

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha existência. Sua presença está sempre em mim, em todos os momentos, por mais difícil que fosse sempre me deixou sentir a existência de uma força e determinação necessárias para que eu seguisse em frente.

A minha mãe, Leticia Paiva, pelos ensinamentos que tive que aprender ao longo da vida para podermos ter um futuro melhor.

A meu pai, Jesus Medeiros, pelos ensinamentos como pessoa.

A meu irmão, Hugo Medeiros, pelo amor incondicional que sempre me deu.

A meu esposo, Harry Paiva, por momentos difíceis na qual passamos sempre juntos.

A Enfermeira Cecília Paiva que incentivou a minha carreira.

A todos os familiares que contribuíram com palavras sinceras e um apoio especial a Francisca Queiroz que é uma verdadeira amiga e irmã, a minha cunhada Flávia Michele e meu sobrinho Henrique Paiva.

As minhas amigas, Lúcia Paiva e Ângela Paiva, que sempre incentivaram e apoiaram nas minhas ideias e sonhos.

A todos os amigos da minha infância, mais quando não, todos os amigos da minha adolescência e da minha vida adulta, mais quando não, todos os amigos da minha vida adulta.

A todos os amigos da minha vida adulta, mais quando não, todos os amigos da minha vida adulta.

A todos os amigos da minha vida adulta, mais quando não, todos os amigos da minha vida adulta.

Dedico este trabalho a uma pessoa muito especial: minha mãe, Maria Medeiros, pelos inúmeros exemplos de força, determinação, perseverança e humildade, pela dedicação obstinada e pelo amor sem limites.

- A ela minha eterna gratidão.

A todos os amigos da minha vida adulta, mais quando não, todos os amigos da minha vida adulta.

A todos os amigos da minha vida adulta, mais quando não, todos os amigos da minha vida adulta.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela minha existência. Sua presença em minha vida, em todos os momentos, por mais difícil que fosse sempre me deixou, explícita, a existência de uma força e determinação necessárias para que eu seguisse em frente.

A minha filha, Leticia Paiva, pelos momentos que tive que deixar um pouco de lado para podermos ter um futuro melhor.

A meu pai, Jeová Medeiros, pelos ensinamentos como pessoa.

A meu irmão, Hugo Medeiros, pelo amor incondicional que sentimos um pelo outro.

A meu esposo, Henry Paiva, por momentos difíceis na qual passamos sempre juntos.

A Enfermeira Cecília Paiva que incentivou a minha carreira.

A todos os familiares que contribuíram com palavras sinceras e em especial a Francisca Queiroz que é uma verdadeira amiga e irmã, a minha cunhada Flávia Michele e meu cunhado Hanyel Paiva.

Aos meus Sogros, Ismar Paiva e Ângela Paiva, que sempre incentivaram apoiando com palavras amigas e sinceras.

À Vicente Pedro de Medeiros (In memoriam), meu querido avô, homem de grande sabedoria e que desejou a felicidade de todos os filhos e netos.

À Profª. Dra. Graça Nicolete, pela orientação para o trabalho e para a vida.

À Direção Geral da FARN, especialmente a Profª. Fátima Cristina de Lara Menezes.

À Coordenadora do curso de Enfermagem, Profª. Juçara Machado Sucar.

A todos os professores pelas palavras, e valiosas contribuições a minha formação.

Aos professores do Cenário de práticas.

As amigas da graduação Adélian Nicácio, Angelita Noelma, Késia Spiller, Larissa Katarinny e Joice Maria, que compartilharam momentos de crescimento e descobertas, risos e choros, alegrias e tristezas, virtudes e decepções.

Às enfermeiras supervisoras de estágio curricular, que durante meu estágio dispuseram a colaborar de sua maneira e em especial a Enfermeira Maria Ivete de Sousa por sempre acreditar em mim.

Aos meus amigos e amigas, as desculpas em não listá-los, pois poderia incorrer no erro de não explicitar o quanto todos vocês são importante para mim, muito obrigado.

... da Saúde, para a problemática da doença crônica. No Brasil, o câncer infantil possui a segunda maior taxa de mortalidade entre as crianças e adolescentes entre cinco e dezesseis anos. No mundo, a doença tem uma taxa média de 70% de cura, quando diagnosticada precocemente. Esta pesquisa tem o objetivo geral de analisar a importância do diagnóstico precoce do câncer infantil nas estratégias realizadas pelo enfermeiro na Unidade Básica de Saúde. Para alcançar este objetivo são: Caracterizar as ações de Enfermagem diante das políticas públicas de saúde no Programa de Saúde da Família, Especialmente as ações de Enfermagem pediátrica e as atividades estruturadas no atendimento da Unidade Básica de Saúde diante da Política Nacional de Atenção Oncológica e analisar as estratégias necessárias para desenvolver as ações de enfermagem no diagnóstico precoce e diagnóstico precoce do câncer infantil. O estudo segue uma metodologia qualitativa, do tipo bibliográfica. Os resultados evidenciam que: No Brasil, existem 15 a 20 milhões de casos de câncer por doença entre um e quatro milhões, a no mundo a região de São Paulo é a primeira causa de óbito entre cinco e quinze anos de idade. Diante dos fatos e profissionais enfermeiros da Unidade Básica de Saúde, os que desenvolvem a sua atividade, tem a oportunidade de atuar comprometido com a estratégia de prevenção e promoção da Política Nacional de Atenção Oncológica para educar a comunidade sobre a importância da detecção precoce de doenças oncológicas.

Palavras-chave: Diagnóstico precoce, câncer, Unidade Básica de Saúde

RESUMO

O Presente estudo representa a importância da educação para a saúde nas Unidades Básicas de Saúde, diante da problemática da atenção oncológica. No Brasil, o câncer infanto-juvenil é a segunda causa de morte por doença entre crianças e adolescentes entre cinco e dezenove anos. No entanto, a doença tem cura em mais de 70% dos casos, quando diagnosticados precocemente. Esta pesquisa tem o objetivo Geral de Analisar a importância do diagnóstico precoce do câncer infantil nas atividades realizadas pelo enfermeiro na Unidade Básica de Saúde. Seus Objetivos Específicos são: Caracterizar as ações do Enfermeiro diante das políticas públicas de saúde no Programa de Saúde da Família, Estudar a epidemiologia do câncer pediátrico e as atividades atribuídas ao enfermeiro da Unidade Básica de Saúde diante da Política Nacional de Atenção Oncológica e observar as atividades necessárias para desenvolver as ações de enfermagem na promoção, prevenção e diagnóstico precoce do câncer infantil. O estudo segue uma metodologia qualitativa, do tipo bibliográfica. Os resultados enfatizam que: No Brasil, o câncer já é a terceira causa de morte por doença entre um e quatorze anos, e no município e estado de São Paulo é a primeira causa de óbito entre cinco e quatorze anos de idade. Diante dos fatos o profissional enfermeiro da Unidade Básica de Saúde, na qual desempenha sua atividade, tem o dever de estar comprometido nas atividades de promoção e prevenção da Política Nacional de Atenção Oncológica para educar a comunidade sobre a fundamental importância do diagnóstico precoce.

Palavras chaves: Diagnóstico precoce, câncer, Unidade Básica de Saúde

2. INTRODUÇÃO

ABSTRACT

This study is the importance of health education in basic health units, before the issue of cancer care. In Brazil, the juvenile cancer is the second leading cause of death by disease among children and adolescents between five and nineteen. However, the disease is curable in more than 70% of cases when diagnosed early. This research has the overall objective of assessing the importance of early diagnosis of childhood cancer in the activities performed by nurses in the Basic Health Unit. Its specific objectives are: To characterize the actions of the nurse in the face of public health policies in the Program of Family Health To study the epidemiology of pediatric cancer and the activities attributed to the nurse's Basic Health Unit in front of the National Oncological Care and observe the activities needed to develop nursing actions in promotion, prevention and early diagnosis of childhood cancer. The study follows a qualitative methodology, type of literature. The results showed that: In Brazil, the cancer is the third leading cause of death by disease between one and fourteen, and city and state of Sao Paulo is the leading cause of death between five and fourteen years of age. Considering the fact the nurse of the Basic Health Unit, which performs its activity, has an obligation to be engaged in activities of promotion and prevention of the National Oncological Care to educate the community about the fundamental importance of early diagnosis.

Key words: Early diagnosis, cancer, Basic Health Unit

1. INTRODUÇÃO

Os direitos da criança e do adolescente passaram a integrar a Constituição da República Federativa do Brasil no ano de 1988. Já em 1990 a Lei Federal de nº 8.069 legalizava no Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente, dentre outros direitos assegura o direito à proteção, à vida e à saúde.

Segundo Buss (2000, p.02) ao ser examinado as condições de morbimortalidade a um crescimento das doenças crônicas não-infecciosas, tais como o câncer e as doenças cardio e cerebrovasculares.

O câncer da criança representa entre 0,5% e 3% de todas as neoplasias na maioria das populações. Em geral, a incidência total de tumores malignos na infância é maior no sexo masculino (INCA, 2007).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é uma das ações básicas da Assistência Integral à Saúde da Criança preconizada pelo Ministério da Saúde.

Segundo Rodrigues (2003, p.02) no Brasil, o câncer já é a terceira causa de morte por doença entre um e 14 anos.

Analisando o quanto o câncer interfere na saúde e na qualidade de vida das pessoas, o presente trabalho tem como finalidade analisar a importância do diagnóstico precoce do câncer infantil nas atividades realizadas pelo enfermeiro na Unidade Básica de Saúde diante da Política Nacional de Atenção Oncológica e as formas na qual o enfermeiro pode trabalhar para uma atividade de prevenção e promoção.

O câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças que tem em comum a proliferação descontrolada de células.

Antes disso, essa era uma doença quase sempre associada à morte, enquanto hoje, na maioria dos centros desenvolvidos, sua cura ultrapassa a faixa de 70% dos casos (INCA, 2008).

A noção de vigilância da Saúde articula os vários níveis de prevenção e os vários níveis de organização da atenção à saúde, enfatizando o desenvolvimento de um amplo espectro de ações que abarcam desde a formulação e implementação de políticas intersetoriais e ações sociais para a melhoria de condições de vida e saúde, as ações de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica, que tomam como objetos riscos e danos, às ações programáticas de controle de doenças e atenção a grupos prioritários, até a assistência ambulatorial, hospitalar, laboratorial e farmacêutica a

1.2 JUSTIFICATIVA indivíduos que necessitam de cuidados sejam preventivos, recuperadores ou reabilitadores da saúde (COSTA, 2002.p.20).

A relação entre saúde e ambiente sempre fez parte da Saúde Pública do Brasil, mas ao longo da história, diferentes concepções de ambiente foram desenvolvidas de acordo com as demandas colocadas pela sociedade e a evolução das disciplinas científica presentes na Saúde Pública (BRASIL, 2003).

A Saúde Pública é responsável pela construção de uma nova estrutura urbana, pela produção de estratégias preventivas.

1.1 PROBLEMÁTICA

O Presente estudo representa a importância da educação da saúde nas Unidades Básicas de Saúde, diante da problemática atenção oncológica.

No Brasil, o câncer é a segunda causa de morte por doença entre crianças e adolescentes entre cinco e 19 anos. No entanto, a doença tem cura em mais de 70% dos casos, isso se diagnosticados precocemente.

O grande problema é que muitos casos de câncer em crianças são detectados em estágios avançados em razão do desconhecimento dos sinais e sintomas de câncer, sendo assim muito difíceis de diagnosticar, pois acaba se misturando aos problemas comuns desta fase, então um trabalho de qualidade só ira depender da forma que o profissional, seja ele Enfermeiro ou Médico dessa unidade de saúde venha desempenhar com sua comunidade e/ou paciente.

As dificuldades de diagnóstico precoce estão associadas aos vários fatores sendo desde uma dificuldade ao exame clínico como também a demora de exames laboratoriais e também o despreparo desses profissionais em fazer a leitura dos exames laboratoriais.

O câncer é uma doença multifatorial, mas o envelhecimento da população e a maior exposição aos fatores de risco aumentam a incidência.

O diagnóstico precoce, contra o câncer não tem sido dado à devida importância acompanhada da Política Nacional de Atenção Oncológica dentro das atividades de educação na unidade de básica de saúde.

Assim sendo, coloca-se o problema que esta pesquisa pretende responder:

Qual a importância do diagnóstico precoce do câncer infantil nas atividades realizadas pelo enfermeiro na Unidade Básica de Saúde?

1.2 JUSTIFICATIVA

A escolha desta temática de pesquisa surgiu através de experiências vivenciadas durante as práticas nas Unidades Básicas de Saúde onde a grande parte da demanda populacional busca o SUS inserido no Programa de Saúde da Família no primeiro nível de atenção à saúde e observa-se a necessidade primordial de uma investigação detalhada e enfatizada do diagnóstico precoce e atenção oncológica desde os primeiros anos de vida de um ser humano. Em recentes experiências e oportunidades onde a pesquisadora realizou um curso de extensão em relação à importância do diagnóstico precoce contra o câncer, na Casa de Apoio a Criança com Câncer Durval Paiva foi verificada a necessidade de uma investigação detalhada e enfatizada do diagnóstico precoce e atenção oncológica nas unidades básicas onde existem dificuldades nesta área, não sendo identificado pela pesquisadora nenhuma experiência em relação à educação da comunidade referente a este assunto. Quando se fala de criança vem logo o pensamento de vida, de felicidade, de saúde, mas nem sempre isso condiz com a realidade. Por isso a importância da problemática do tema diante da realidade dessas unidades, apresenta a necessidade de apoio na rede básica, pois as estatísticas são relevantes de casos diagnosticados tardiamente.

A detecção precoce significa fazer o diagnóstico do câncer no estágio pré-sintomático, ou seja, antes que a pessoa manifeste algum sintoma relacionado com a doença ou apresente alguma alteração ao exame físico realizado por um profissional da área da saúde.

A proximidade e o acompanhamento contínuo das famílias de um determinado território colocam os profissionais das Unidades Básicas de Saúde em uma situação privilegiada para a identificação dos sinais e sintomas da doença, o que pode propiciar maior agilidade na suspeita e no diagnóstico de câncer em crianças e adolescentes. Por essa razão, a Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, no que diz respeito à detecção precoce, dá destaque ao trabalho dos profissionais da Atenção Básica, em especial às equipes da Estratégia de Saúde da Família.

O câncer como outras doenças tem uma história natural que se caracteriza por um espectro que tem, no seu início algumas células malignas – que por razões

ainda não esclarecidas não são destruídas pelo sistema de proteção natural do organismo – e vai até o estágio que a doença é clinicamente diagnosticável através de sinais e sintomas.

Apesar dos avanços no tratamento contra o câncer, o infantil permanece como segunda causa de óbito nos países desenvolvidos e, no Brasil, ocupa o quinto lugar, o que demonstra a responsabilidade dos profissionais de saúde em diagnosticar precocemente o câncer infantil, possibilitando altos níveis de cura. Atualmente, o índice de cura no câncer pediátrico chega a 70% dos casos (INCA 2008).

Os pais devem ficar atentos para alguns sintomas apresentados pelas crianças, porém não significam exatamente que a criança tem câncer. Lembrando que quanto mais cedo o câncer infantil é descoberto e tratado, mais fácil de ser curado.

O processo de desenvolvimento de um tumor é multifatorial, sofre interferências de fatores de risco ambientais e das características genéticas e de suscetibilidade individual dos pacientes.

A importância do diagnóstico precoce é para que a cura aconteça sem seqüelas.

Devemos defender o diagnóstico precoce para que haja melhor tratamento, aumentando a possibilidade de cura.

Nos dias atuais já existe um arsenal de tecnologia tanto de diagnóstico quanto de tratamento que se mostra eficaz contra o câncer na criança, trazendo grandes chances de cura. No entanto, apesar de todos os progressos, ainda é preciso avançar no diagnóstico precoce. Os recursos existem e têm bons resultados, mas, se não houver o foco e a atenção voltados para o câncer em crianças e adolescentes, ele passa despercebido, porque, no total de casos de doença, os números desse tipo de câncer não são tão expressivos.

Por isso que se observa como é de fundamental importância qualificar cada vez mais o médico e o enfermeiro da atenção primária e capacitar centros de tratamento para que o diagnóstico do câncer na criança seja eficaz.

Dependendo da forma como estes profissionais abordam a problemática do câncer na infância e do quanto estão preparados para isso, aliado as crenças e

valores resultantes do seu viver estes poderão acrescentar um diferencial no atendimento.

O diagnóstico feito em fases iniciais permite um tratamento menos agressivo, quando a carga de doença é menor, com maiores possibilidades de cura e menores seqüelas da doença ou do tratamento (RODRIGUES; CAMARGO, 2003).

A unidade básica de saúde pode desenvolver ações voltadas para o acompanhamento contínuo dos adolescentes do seu território, evitando a lacuna de atendimento nessa faixa etária freqüentemente presente nas unidades básicas tradicionais. Além disso, pelos vínculos estabelecidos com as famílias, os profissionais da equipe se configuram como uma referência para os pais na identificação de situações percebidas em seus filhos.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

- Analisar a importância do diagnóstico precoce do câncer infantil nas atividades realizadas pelo Enfermeiro na Unidade Básica de Saúde.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as ações do Enfermeiro diante das políticas públicas de saúde no Programa de Saúde da Família,
- Estudar as atividades atribuídas ao Enfermeiro da unidade básica de saúde diante da Política Nacional de Atenção Oncológica.
- Observar as atividades necessárias para desenvolver as ações de enfermagem na promoção, prevenção e diagnóstico precoce do câncer infantil.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DADOS HISTÓRICOS DA SAÚDE PÚBLICA

Em 7 de abril comemora-se o "Dia Mundial da Saúde", instituído pela Organização Mundial da Saúde - OMS em 1948. O Sistema Único de Saúde, que é depois regulamentado pela Lei 8.080/1990, com base, entre outros, nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade.

A constituição de 1988 da secção II do Art. 196 diz: "A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

A universalidade significa que todo cidadão brasileiro, independentemente de condição social, esteja ele empregado ou não, terá direito ao atendimento à saúde em qualquer posto do sistema público, ou da rede complementar, em qualquer parte do território nacional. Antes de 1988 só tinha acesso à saúde pública quem tivesse carteira de trabalho assinada.

A equidade garante que cada um seja tratado de acordo com a sua condição, promovendo assim a justiça social.

E a integralidade busca tratar o indivíduo integralmente, e não apenas encarando-o em função problema de saúde apresentado no momento do atendimento, e ao mesmo tempo inclui todo tipo de doenças e agravos independentemente de sua complexidade.

Segundo Teixeira (1998 p.58) ainda nos dias atuais o Sistema Único de Saúde (SUS) é palco da disputa entre o modelo médico assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitarista (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária).

A saúde da família "invade" os níveis de atenção secundária e terciária na medida em que sua equipe, particularmente o médico e o enfermeiro, pode se responsabilizar pelo paciente e pelo apoio à sua família, acompanhando-o na atenção especializada, inclusive na assistência hospitalar.

O modelo sanitarista tem como sujeitos os sanitaristas, cujo trabalho toma por objeto os modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças em uma

perspectiva epidemiológica, utilizando um conjunto de meios que compõem a tecnologia sanitária (educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunização, etc).

A conferência internacional sobre cuidados primários de saúde em Alma-Ata, realizada em 12 de setembro de 1978 enfatiza que saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade.

Segundo a conferência internacional de Alma-Ata, dentro dos cuidados primários incluem educação, nos problemas prevaletentes a saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle das doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimentos de medicamentos essenciais.

Segundo Buss (2000, p.08) as conclusões e recomendações de Alma-Ata trouxeram um importante reforço para os defensores da estratégia da promoção da saúde, que culminou com a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção na Saúde, em Ottawa, Canadá, em 1986.

A primeira conferência internacional sobre promoção da saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta neste documento sua carta de intenções, que seguramente contribuirá para se atingir saúde para todos no ano de 2000 e subseqüentes.

Promoção da saúde cabe aos representantes legais levar informações para a comunidade sobre qualidade de vida e saúde.

Segundo a carta de Ottawa a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade são pré-requisitos para a saúde.

Segundo Costa (2002, p.72) a Vigilância da Saúde, é um processo que articula o "enfoque populacional" (promoção) com o "enfoque de risco" (proteção) e o enfoque clínico (assistência), constituindo-se uma forma de pensar e de agir em saúde.

A promoção e prevenção destacam-se no cuidado e não na cura.

O quadro abaixo apresenta-se um quadro explicado da Vigilância em Saúde.

Quadro nº 01: Características da Vigilância em Saúde:

Sujeito	Objeto	Meios de trabalho	Formas de organização
Equipe de Saúde População (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias médico-sanitárias, de planejamento e programação local situacional, tecnologias de comunicação social.	Intervenções específicas (promoção, proteção, prevenção e recuperação) Operações sobre problemas e grupos populacionais Ações intersectoriais Políticas públicas saudáveis.

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, enfatiza a necessidade de se garantir o acesso universal, a integralidade, a equidade e a humanização do atendimento, destacando-se a Saúde da Família.

Segundo Oliveira (2006) o Programa de Saúde da Família é o retorno do processo saúde-doença e em cujo espaço busca-se o desenvolvimento de ações preventivas curativas e de reabilitação.

Segundo Oliveira (2006) a equipe multidisciplinar do Programa de Saúde da Família tem o dever de promover a saúde assim, elevando a qualidade de vida da população, não só com intervenções epidemiológicas e sanitárias, mas considerando o contexto biopsicossocial do ser humano.

Segundo o Ministério da Saúde, no documento "Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial" (Brasília – 1998), os objetivos da implantação do modelo de saúde da família são:

- Prestar assistência integral continua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita.
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta.
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais.
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida.
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Segundo a Constituição Federal de 1988, cujo Artigo 225, assinala que:

Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

2.2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A saúde da família é a estratégia que o Ministério da Saúde escolheu para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde a partir da atenção básica (Costa, 2004 p.111).

Segundo o Ministério da Saúde as atribuições básicas do enfermeiro são:

- No nível de sua competência, responsabilizar-se pelas ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- Capacitar os agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem;
- Aproveitar os contatos com a comunidade para promover ações de educação em saúde;
- Promover a qualidade de vida e contribuir para tornar o meio ambiente mais saudável;
- Discutir junto à equipe da unidade e com os indivíduos e famílias de sua área de atuação as relações existentes entre cidadania e saúde;

- Programar e planejar as ações e a organização do trabalho da unidade, em conjunto com os demais profissionais da equipe.

O enfermeiro dentro das suas atribuições na Unidade Básica de Saúde desenvolve atividades de grande impacto para a saúde.

As medidas de prevenção primária são aquelas que visam a diminuir ou eliminar a exposição a fatores de risco sabidamente carcinogênicos, como o tabagismo, por exemplo. No entanto, o papel dos fatores ambientais ou exógenos no desenvolvimento do câncer na criança é mínimo. Esses fatores, geralmente, necessitam de um período de exposição longo e possuem um intervalo grande de latência entre a exposição e o aparecimento clínico da doença. Dessa forma, não existem medidas efetivas de prevenção primária para impedir o desenvolvimento do câncer na faixa etária.

Na prevenção secundária, o objetivo é a detecção do câncer em seu estágio inicial de desenvolvimento. Uma das modalidades desse nível de prevenção é o rastreamento que visa a detectar o câncer antes mesmo que ele produza sinais e sintomas clínicos.

Segundo Rezende (1984, p.94) no nível de prevenção primária, evita-se que a doença ocorra, na prevenção secundária, a ação curativa também se reveste de aspectos profiláticos, através do diagnóstico precoce; na prevenção terciária na limitação do dano e na reabilitação.

O Programa de Saúde da Família (PSF), dentro do Sistema Único de Saúde passou a incorporar atividades de cunho mais coletivo e abrangente com a perspectiva de gerar impacto na qualidade de saúde e de vida da população (BRASIL, 2002).

Segundo Silva (*apud* LIMA 2005 p.12) embora o Programa de Saúde da Família tenha sido criado com essa denominação, não há dúvidas em afirmar que a Saúde da Família não é um programa, mas uma estratégia, não apenas de médico da família, mas uma estratégia específica da atenção a saúde.

A atenção a saúde é centrada na família e não no indivíduo isoladamente, e a família é observada no seu contexto sócio-econômico e cultural através do seu cadastro que reúne informações que permitem a identificação de um conjunto de fatores de risco, anteriormente não percebidos pelos serviços de saúde (BRASIL, 1997).

A Unidade Básica de Saúde foi desenvolvido e implantado para aprimorar na saúde coletiva um caráter preventivo e educativo aprimorando a visão de saúde integral do indivíduo para a família, comunidade, atuando até o domicílio.

O enfermeiro mais atuante, próximo à equipe, possibilita apoio e coordenação das atividades, planejando junto com a equipe as intervenções necessárias, o que torna seu trabalho reconhecido e valorizado (OLIVEIRA, 2006).

Segundo Oliveira (apud PEDROSA; TELES 2006, p.04) o bom relacionamento entre os membros da equipe facilita o contato das famílias e o desenvolvimento de ações preventivas [...]. A comunidade valoriza a integração e a ratificação participando na assistência.

As políticas públicas, de acordo com o Ministério da Saúde, têm como finalidade a orientação e o planejamento governamental dos projetos e atividades a serem desenvolvidas, orientando as ações do governo, auxiliando na discussão das mesmas (SOUZA, 2003).

2.3 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER NA CRIANÇA

A epidemiologia é o eixo da saúde pública. Proporcionando as bases para a avaliação das medidas de profilaxia, fornece pistas para a diagnose de doenças transmissíveis e não-transmissíveis e enseja a verificação da consciência de hipóteses de causalidade (ROUQUAYROL, 1999).

A epidemiologia estuda os problemas de saúde que pode ser de pequenos ou grandes grupos.

Segundo Rouquayrol (apud LAURELL 1999, p.16) o processo saúde-doença da coletividade pode ser entendido como "o modo específico pelo qual ocorre, nos grupos, o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com conseqüências para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença.

História natural da doença é o nome dado ao conjunto de processos interativos compreendendo "as inter-relações do agente, do suscetível e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente, ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte". (ROUQUAYROL Apud LAURELL, CLARK, 1999, P.16)

A história natural da doença, portanto, tem desenvolvimento em dois períodos seqüenciados: o período epidemiológico e o período patológico (Rouquayrol, 1999).

Segundo Rouquayrol, são denominados Doenças Crônicas Não-transmissíveis aquelas que se caracterizam por:

- História natural da doença prolongada;
- Multiplicidade de fatores de risco complexos;
- Interação de fatores etiológicos conhecidos;
- Interação de fatores etiológicos desconhecidos;
- Causa necessária desconhecida;
- Especificidade de causa desconhecida;
- Ausência de participação ou participação polêmica/duvidosa de microrganismos entre os determinantes;
- Longo período de latência;
- Longo curso assintomático;
- Curso clínico em geral lento, prolongado e permanente;
- Manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação;
- Lesões celulares irreversíveis;
- Evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte.

O câncer é uma doença genética resultante de múltiplas alterações no DNA, provocando alterações do crescimento celular ou impedindo a ação dos mecanismos normais que restringem a divisão celular, produzindo crescimento celular desordenado. A etiologia do câncer na infância é multifatorial, envolvendo a genética, os fatores ambientais e os neonatais.

Segundo Rouquayrol (1999, p. 286) o grupo das doenças transmissíveis e o das não-transmissíveis, do ponto de vista prático da saúde pública, são as dificuldades para implementação de estratégias visando vigilância epidemiológica para as doenças crônicas não-transmissíveis.

O risco de exposição a produtos químicos inicia ainda na vida intra-uterina, além de fármacos, agentes químicos, o tabaco, álcool etílico, cruza com facilidade a placenta.

Segundo Silva (2006, p.71), no período neonatal há um risco maior de absorção de agentes químicos através da pele, pois a queratinização só se completa por volta do quinto ao oitavo dia de vida.

Sabe-se ainda muito pouco a respeito de seus efeitos sobre organismos em desenvolvimento. Crianças, por conta de suas características fisiológicas (maior demanda de água e alimentos) e hábitos (como engatinhar, levar objetos a boca, brincar próximo ao solo) estão particularmente expostas à contaminação por agentes químicos presentes em água, ar e solo. Agentes como metais pesados, pesticidas, poluentes orgânicos persistentes e contaminantes do ambiente doméstico, como a fumaça do tabaco, têm sido cada vez mais relacionados ao aumento da ocorrência de doenças.

Diante dos fatos o profissional enfermeiro da Unidade Básica de Saúde, na qual desempenha sua atividade, tem o dever de estar engajado nas atividades de promoção e prevenção em educar essa comunidade no sentido de informações relacionadas ao meio ambiente.

Estudos recentes afirmam que apenas cerca de 5% das neoplasias na infância estão associadas à predisposição genética familiar ou têm uma condição genética que predispõe ao câncer. A maioria dos casos de câncer em crianças e adolescentes ocorre esporadicamente por mutações nas células somáticas, não transmitidas hereditariamente. Somente as alterações causadas nas células germinativas podem ser passadas para as próximas gerações. Algumas mutações podem estar relacionadas a alterações genéticas adquiridas durante a embriogênese. (MASTELLARO, 2004)

Muitos são os fatores que interferem no diagnóstico precoce do câncer criança (RODRIGUES, 2003).

Embora as informações epidemiológicas apontem para a cura de inúmeros tipos de câncer, esta informação parece não ser considerada substancial diante da perda de outras tantas vidas pelo mesmo diagnóstico (SOUZA, 2003).

Segundo a revista rede do câncer, ocorreu uma queda na mortalidade, observada para o período entre 1979 a 2005, principalmente em leucemias e linfomas. A queda possivelmente está relacionada ao diagnóstico precoce e o tratamento no momento correto e com protocolos adequados, acompanhando a tendência mundial de menor risco de morte por câncer nas crianças.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2000) existem hoje "perigos tradicionais e modernos" decorrentes das relações entre meio ambiente e saúde. Os primeiros estão relacionados à pobreza e ao subdesenvolvimento: falta de acesso à água potável e ao saneamento

básico em geral, contaminação dos alimentos por microrganismos patogênicos, catástrofes naturais como inundações, terremotos e secas, eliminação deficiente dos resíduos sólidos, entre outros. Já os segundos têm a ver com o desenvolvimento insustentável característico das sociedades modernas, que traz como consequência a poluição do ar, da água e do solo, desmatamentos, mudanças climáticas, riscos químicos e radiativos, entre outros. A OPAS também destaca a complexidade e as relações não lineares de causa e efeito entre saúde e meio ambiente (FIGUEIREDO, 2005 p.54).

Quando tratamos da questão ambiental, os marcos positivos dessa reflexão podem ser resumidos nos termos sustentabilidade ecológica, democracia, direitos humanos, justiça social e qualidade de vida (MINAYO, 2007)

2.4 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FRENTE AO DIAGNÓSTICO PRECOCE CONTRA O CÂNCER NA CRIANÇA

O estigma do câncer como uma doença de prognóstico ruim e fatal ainda impera no imaginário social, reforçando a associação entre câncer e morte (SOUZA, 2003).

Segundo Figueiredo (2005, p.26) entende-se como por ações educativas as práticas de ensino-aprendizagem desenvolvidas junto à população com a finalidade de debater e promover atitudes e práticas de saúde.

Os objetivos da educação em saúde devem levar em consideração o destino da educação educativa; o objetivo do seu conteúdo e sua metodologia e o os docentes e discentes envolvidos no processo de educação.

Cuidar das pessoas, da água, do ar, da terra, de nosso planeta, assumir nossa condição de seres humanos, de cidadãos, e ao mesmo tempo, de educadores capazes de participar ativamente da mobilização da sociedade através de ações de educação ambiental é nosso grande desafio, a fim de que essa sociedade não continue indiferente aquilo que é mais que uma ameaça: o esgotamento humano e ambiental de nosso planeta. Para enfrentar esse desafio é necessário assumir que a educação ambiental é uma nova forma de educar em saúde (FIGUEIREDO, 2005. p.26).

A educação para a saúde é, sem dúvida, o processo mais eficiente das ações profiláticas. O processo educativo é o instrumento básico que veicula informações e experiências sobre a saúde (REZENDE, 1989).

[...] A capacitação deve acontecer antes de se estruturar a equipe, mas é o trabalho diário com orientações e acompanhamento da enfermeira da unidade. Por exemplo, reuniões entre os membros da equipe para discutir as condutas, estudos para dispensar melhor assistência que permitem

compreensão dos objetivos do programa, principalmente quando o treinamento propriamente dito não ocorre, impelindo os profissionais a buscarem o conhecimento (OLIVEIRA, 2006.p.06).

Segundo Silva (*apud* MAIA et al 2006, p.02) vale ressaltar a importância da parceria entre esse programa e os estabelecimentos educacionais das comunidades onde atuam, a partir de algumas ações a serem desenvolvidas, tais como: visitas dos profissionais às escolas para a realização de palestras sobre aspectos relacionados à promoção da saúde e à prevenção de doenças; realização de reuniões periódicas com pais e mestres sobre assuntos de relevância para a comunidade e planejamento de ações conjuntas com o objetivos de ampliar os resultados das atividades educativas, principalmente junto aos jovens e adolescentes com ênfase na necessidade da participação.

Segundo Silva (2006 p.05) a principal função é trabalhar com atividades na prevenção primária de saúde, por meio de atividades educativas, tendo em vista as necessidades do SUS nessa área.

Os pontos que explicitam a problemática do câncer no Brasil são os seguintes:

1. O câncer é a segunda causa de mortalidade por doença, no Brasil;
2. A incidência de câncer cresce progressivamente, inclusive em faixas etárias abaixo dos 50 anos;
3. Os serviços de assistência oncológica são insuficientes, às vezes inadequados e mal distribuídos geograficamente e
4. Muitos óbitos poderiam ser evitados por ações de prevenção ou detecção precoce.

Segundo a revista rede câncer, apesar de todos os progressos, ainda é preciso avançar no diagnóstico precoce. Os recursos existem e têm bons resultados, mas, se não houver o foco e atenção voltados para o câncer, em crianças e adolescentes, ele passa despercebido.

O programa diagnóstico precoce se concentra na Atenção Básica, mais especificamente nas unidades básicas de saúde, porque é nesse nível de assistência que acontece o primeiro contato da população com o sistema de saúde.

No caso específico da atenção básica, recomenda a realização de ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde, prevenção do câncer, bem como para o diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos

cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados. Implementação de projetos-piloto em que a qualificação dos profissionais da atenção básica seja a principal estratégia para melhorar os índices de diagnóstico precoce.

Uma das características fundamentais das unidades básicas de saúde é a responsabilidade pela atenção básica à saúde da população adscrita, que se traduz na identificação dos problemas de saúde dessa população para o planejamento e implementação de ações; no estabelecimento de vínculos mais efetivos com as famílias do território; no acompanhamento domiciliar da situação de saúde das famílias cadastradas; e na coordenação do cuidado prestado a essa população por todos os níveis do sistema.

Por outro lado, a responsabilidade pela coordenação do cuidado da população adscrita, além de permitir maior agilidade na investigação diagnóstica através do contato com os outros níveis do sistema de saúde, propicia também uma interlocução com outros profissionais que lidam com a criança e o adolescente como, por exemplo, professores, na perspectiva de identificação de sinais e sintomas importantes para o diagnóstico precoce.

Algumas ações são importantes para o diagnóstico precoce:

- Atuação efetiva da Atenção Básica no acompanhamento, vigilância e promoção da saúde da criança, permitindo a detecção oportuna de sinais e sintomas das situações de risco, que incluem o câncer;
- Estratégias de divulgação de informações para profissionais e para a população, ressaltando a importância do diagnóstico precoce.
- Programa de educação continuada para profissionais das unidades básicas de saúde e que lidam com cuidados primários sobre os sinais e sintomas da doença.
- Aumento da comunicação entre os serviços de cuidado primário e os especializados para acelerar o encaminhamento da criança com suspeita de câncer para que o diagnóstico seja estabelecido o mais rápido possível, o que requer melhor organização da rede.

3. METODOLOGIA

Segundo Rodrigues (*apud* BARROS; LEHFELD 2000 p.48) a metodologia examina e avalia técnicas de pesquisa e gera ou verifica novos métodos que possam conduzir à captação e ao processamento de informações, objetivando a resolução de problemas de investigação.

Segundo Marconi (2008, p. 57) a finalidade da pesquisa bibliográfica é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, que tenham sido transcritos por alguma forma.

Segundo Marconi (2008, p. 56) a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras.

As revisões bibliográficas são tradicionalmente recomendadas para profissionais de reconhecida competência, por revistas científicas de grande porte. Para resumir a literatura, é preciso relatar não apenas os trabalhos que mostram ao leitor o "estado de arte" no momento, mas também os trabalhos de importância histórica, que lembrem ao leitor os primórdios do assunto tratado e sua contextualização atual. Uma revisão bibliográfica deve, então, mostrar a evolução de conhecimentos sobre o tema, apontando falhas e acertos, fazendo críticas e elogios e resumindo o que é, realmente interessante para pesquisa.

Para realização do objetivo do estudo foram consultados livros, revistas e periódicos científicos na área de Enfermagem e saúde. A busca de periódicos e artigos científicos publicados foi realizada em bases de dados disponíveis através do SCIELO (www.scielo.br).

Utilizando estudos referentes ao tema, leituras de livros específicos, artigos científicos, revistas e utilizando materiais da biblioteca da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN (FARN), como suporte para a coleta do material bibliográfico.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O progresso no desenvolvimento do tratamento do câncer na criança foi espetacular nas últimas quatro décadas. Estima-se que em torno de 70% das crianças acometidas de câncer podem ser curadas, se diagnosticadas precocemente e tratadas em centros especializados. A maioria dessas crianças terá boa qualidade de vida após o tratamento adequado.

Câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. As neoplasias mais freqüentes na infância são as leucemias (glóbulos brancos), tumores do sistema nervoso central e linfomas (sistema linfático). Também acometem crianças o neuroblastoma (tumor de células do sistema nervoso periférico, freqüentemente de localização abdominal), tumor de Wilms (tumor renal), retinoblastoma (tumor da retina do olho), tumor germinativo (tumor das células que vão dar origem às gônadas), osteossarcoma (tumor ósseo), sarcomas (tumores de partes moles).

Em nosso meio, muitos pacientes ainda são encaminhados ao centro de tratamento com doenças em estágio avançado, o que se deve a vários fatores: desinformação dos pais, medo do diagnóstico de câncer (podendo levar à negação dos sintomas), desinformação dos médicos. Também contribuem para esses atrasos no diagnóstico, os problemas de organização da rede de serviços e o acesso desigual às tecnologias diagnósticas. Mas algumas vezes também está relacionado com as características de determinado tipo de tumor, porque a apresentação clínica dos mesmos pode não diferir muito de diferentes doenças, muitas delas bastante comuns na infância. Os sinais e sintomas não são necessariamente específicos e, não raras vezes, a criança ou o jovem podem ter o seu estado geral de saúde ainda em razoáveis condições, no início da doença. Por esse motivo, é de importância crucial o conhecimento médico sobre a possibilidade da doença. É muito importante estar atento a algumas formas de apresentação dos tumores da infância.

O tratamento do câncer começa com o diagnóstico correto, em que há necessidade da participação de um laboratório confiável e do estudo de imagens. Pela sua complexidade, o tratamento deve ser efetuado em centro especializado, e compreende três modalidades principais (quimioterapia, cirurgia e radioterapia),

sendo aplicado de forma racional e individualizada para cada tumor específico e de acordo com a extensão da doença. O trabalho coordenado de vários especialistas também é fator determinante para o êxito do tratamento (oncologistas pediatras, cirurgiões pediatras, radioterapeutas, patologistas, radiologistas), assim como o de outros membros da equipe médica (enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos).

Tão importante quanto o tratamento do câncer em si, é a atenção dada aos aspectos sociais da doença, uma vez que a criança e o adolescente doentes devem receber atenção integral, inseridos no seu contexto familiar. A cura não deve se basear somente na recuperação biológica, mas também no bem-estar e na qualidade de vida do paciente. Neste sentido, não deve faltar ao paciente e à sua família, desde o início do tratamento, o suporte psicossocial necessário, o que envolve o comprometimento de uma equipe multiprofissional e a relação com diferentes setores da sociedade, envolvidos no apoio às famílias e à saúde de crianças e jovens.

O câncer no Brasil atinge, entre 12 e 13 mil crianças, anualmente. Estima-se que em torno de 70% das crianças acometidas de câncer podem ser curadas, se diagnosticadas precocemente e tratadas em centros especializados. A maioria dessas crianças terá boa qualidade de vida após o tratamento adequado.

A detecção precoce pode reduzir a mortalidade pelo câncer, pois o tratamento em estágios iniciais do câncer é freqüentemente menos agressivo do que em estágios mais avançados. O exame clínico é o exame mais amplamente disponível para a detecção do câncer. Pela observação visual direta ou assistida podem ser identificados, por exemplo, o câncer de pele, boca, laringe, genitália externa. A palpação é capaz de detectar nódulos ou tumores no seio, na tireóide, próstata, testículos, ovários, pescoço, dentre outros. Cânceres mais internos necessitam de procedimento e testes como endoscopia, radiografias, ressonância magnética ou ultra-sonografia. Alguns testes laboratoriais podem ser utilizados para detecção de cânceres específicos. Os pesquisadores têm trabalhado para melhorar os métodos de detecção precoce de câncer, tais como novas técnicas de imagem para descobrir o câncer de mama. Além disso, estudos genéticos de famílias com uma incidência elevada de certo tipo de câncer tem permitido a identificação de um número de genes relacionados ao desenvolvimento de câncer, o que poderia possibilitar a

detecção precoce do câncer em pessoas com esses genes. Quando o assunto é detecção precoce do câncer infanto-juvenil, é sempre melhor bater num ponto importante: A atenção dos pais! Que eles não devem superproteger os filhos, as pessoas conscientes entendem. Pois de nada adianta transformar um resfriado ou vômito em doença grave, sem o diagnóstico do médico.

O percentual mediano dos tumores pediátricos brasileiros situasse próximo de 3%, o que permite o cálculo estimado de 9.890 casos por ano de tumores pediátricos no país, se retirados os tumores de pele não melanoma do total estimado para a população em geral (INCA, 2007). Esse número de casos novos estimados, quando calculado para diferentes estados e regiões do país, deve servir como parâmetro para o planejamento de ações e organização dos centros ou unidades com oncopediatria, na medida em que os melhores resultados são esperados quando respeitadas escalas que possam garantir um número razoável de casos acompanhados por ano e por serviço. Desse modo, evita-se a excessiva fragmentação da oferta, frequentemente associada a resultados insatisfatórios e pior desempenho dos serviços de acompanhamento.

A sobrevida de crianças com câncer melhorou muito nos últimos 30 anos. Antes disso, essa era uma doença quase sempre associada à morte, enquanto hoje, na maioria dos centros desenvolvidos, sua cura ultrapassa a faixa de 70% dos casos (INCA, 2008).

No Brasil, embora os resultados de muitos serviços especializados sejam comparáveis aos de países mais ricos, persistem diferenças regionais na oferta de serviços, fazendo com que as médias de sobrevida no país ainda estejam abaixo daquela esperada para o desenvolvimento e conhecimento técnico do momento.

A mortalidade por câncer no grupo de 0 a 19 anos apresenta-se hoje como uma das principais causas de óbitos, proporcionalmente, na medida em que houve redução das causas relacionadas à prevenção por imunização e outras ações básicas de saúde, assim como a melhores condições de vida. Até o momento, não são conhecidos fatores de risco que determinem isoladamente maior probabilidade de aparecimento do câncer na criança e no adolescente nem maior risco para a letalidade por essa causa. As propostas de enfoque diferenciado das políticas públicas para a questão do câncer na infância e adolescência justificam-se pela expressão da mortalidade proporcional hoje demonstrada nesse grupo. O câncer já

aparece entre as cinco principais causas de óbitos no Brasil desde os primeiros anos de vida (INCA, 2008), porém, é na faixa etária dos 5 aos 18 anos — que frequentemente recebe menor prioridade das ações de vigilância em saúde, incluindo-se a atenção básica — que o câncer representa a primeira causa de óbitos por doença, se não forem considerados os óbitos por causas externas (acidentes e violência). Esses dados são suficientes, portanto, para destacar a importância atual do câncer na formulação de políticas e ações de saúde da criança e do adolescente.

Desse modo, as estratégias de ampliação da sensibilidade do sistema de saúde e serviços em geral, visando à suspeita diagnóstica nos casos sugestivos, mesmo sendo a maior parte de seus sinais e sintomas inespecíficos, poderão resultar na detecção precoce de casos, impulsionando a necessidade da organização da rede de serviços, nos seus diferentes níveis de assistência, de modo a garantir o acesso também precoce ao tratamento adequado e de qualidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a literatura estudada as experiências vivenciadas e os resultados observados conclui-se que:

No Brasil, o câncer já é a terceira causa de morte por doença entre um e 14 anos, e no município e estado de São Paulo é a primeira causa de óbito entre cinco e 14 anos de idade.

Diante dos fatos o profissional enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família, na qual desempenha sua atividade, tem o dever de estar engajado nas atividades de promoção e prevenção em educar essa comunidade.

O programa de saúde da família foi desenvolvido e implantado para aprimorar na saúde coletiva um caráter preventivo e educativo aprimorando a visão de saúde integral do indivíduo para a família, comunidade, atuando até o domicílio

O INCA é uma das instituições responsáveis pelos programas de controle e prevenção do câncer do Ministério da Saúde, que enfatiza a dificuldade de se atuar no que se refere aos aspectos preventivos deste na infância. Contudo reforçam a possibilidade de uma detecção enfatizando a necessidade de investimentos no que se refere à rapidez do diagnóstico e início do tratamento.

Portanto investir na formação dos profissionais de saúde é um dos desafios que perpassa os caminhos da educação. Nesta formação a necessidade dos profissionais conhecerem as leis e políticas em saúde.

Os recursos para diagnóstico precoce são muito eficazes, mas se não é feito da forma adequada o câncer acaba matando.

As propostas de enfoque diferenciado das políticas públicas para a questão do câncer na infância e adolescência justificam-se pela expressão da mortalidade proporcional hoje demonstrada nesse grupo. O câncer já aparece entre as cinco principais causas de óbitos no Brasil desde os primeiros anos de vida (INCA, 2008), porém, é na faixa etária dos cinco aos 18 anos — que frequentemente recebe menor prioridade das ações de vigilância em saúde, incluindo-se a atenção básica — que o câncer representa a primeira causa de óbitos por doença, se não forem considerados os óbitos por causas externas (acidentes e violência). Esses dados são suficientes, portanto, para destacar a importância atual do câncer na formulação de políticas e ações de saúde da criança e do adolescente.

A partir de 2003, o INCA iniciou um processo de inovação conceitual com a definição do câncer como um problema de saúde pública, exigindo, assim, a necessidade da contribuição dos serviços de saúde de todos os níveis de complexidade, a participação das instituições da sociedade civil e a busca pela ampliação da visibilidade, da compreensão e da inclusão do controle do câncer na pauta cotidiana dos meios de comunicação e das autoridades das mais diversas áreas.

Considerando-se os aspectos apontados acima, visualizam-se as possibilidades que a organização do trabalho da Estratégia de Saúde da Família e os pressupostos que fundamentam esse modelo oferecem para uma melhor abordagem de alguns fatores que podem influenciar no tempo de diagnóstico do câncer na criança e no adolescente.

O enfermeiro mais atuante, próximo à equipe, possibilita apoio e coordenação das atividades, planejando junto com a equipe as intervenções necessárias, o que torna seu trabalho reconhecido e valorizado.

É fundamental a necessidade de aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro nesta área de alta relevância, afim de que sejam promovidas capacitações na atenção oncológica e diagnóstico precoce desta relevante problemática com o objetivo de consolidar os estudos teóricos com a prática vivenciada nas Unidades Básicas, de forma a trazer benefícios à saúde da população.

REFERÊNCIAS

- BLARISON D. **They never want to tell you: children talk about câncer.** CambridgeHarvard University Press; 1991.
- BRANDÃO L. **Psicologia hospitalar: uma abordagem holística e fenomenológica-existencial.** Campinas. Livro Pleno; 2000.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. **O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde:** Luiz Antônio Nunes. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 05 n° 1, Rio de Janeiro. 2000.
- COSTA, E. M. A. **Saúde da Família.** In: Costa, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar.** Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2004.
- COSTA J.C.; Lima R.A.G. Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 10(3):20-5. Maio/jun 2002.
- DUPAS G.; CALIRI M.H.L.; FRANCOISI M.C. Percepções de enfermeiras de uma instituição hospitalar sobre a assistência prestada a família e a criança portadora de câncer. *Rev Bras Cancerol* 1998; 44(4):327-34
- FAUX A.S.; Walsh M; Deatrick JA. **Intensive interviewing with children and adolescent.** West J Nurs Res 1988; 10(2):180-94.
- FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública.** São Caetano do Sul: Yendis 2005.
- FRANÇOZO L.P.C. **Vivências de crianças com câncer no Grupo de Apoio Psicológico: Estudo Fenomenológico.** Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras/USP; 2002
- INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em 07/10/09.
- INCA. **Câncer na criança e no adolescente no Brasil.** Dados dos registros de base populacional e de mortalidade. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em 07/10/09.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 7 ed. São Paulo: Atlas S.A. 2008.

MASTELLARO, M. J.; MENDONÇA, R. M. H.; CAPPELLARO, K. M. C.; MEIRA, W. V. A.; MORAES, V. L.; PERINA, E.; MELLO, L. A. R. S.; MICARONI, N. I. . **Clínica de atendimento após o término da terapia - CATT: programa de atenção multiprofissional ao sobrevivente de câncer na infância e adolescência**. In: IX Congresso Brasileiro de Oncologia Pediátrica, 2004, São Paulo. IX Congresso Brasileiro de Oncologia Pediátrica, 2004.

MENOSSE M.J.; LIMA R.A.G. A problemática do sofrimento: percepção do adolescente com câncer. **Rev Esc Enfermagem USP**. 34(1):45-51. 2000. BRASIL. Atribuições. Brasília. 2002. [19 telas]. Disponível em: [HTTP://www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 09 set 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

Ministério da Saúde (BR). Atribuições. Brasília (DF); 2002. [19 telas]. Disponível em: URL: <http://WWW.saude.gov.br>. Acessado em 09 set. 2009.

NUNES, L.A et al. **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2002.

O' NEILL D.P.; KENNY E.K. **Spirituality and chronic illness**. Image: Nurs Scholarship. 30(3):275-80, 1998.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa de Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**. Botucatu/SP v. 40, n. 4, p. 01 – 07. Ago 2006.

REZENDE, A.L.M. **O processo saúde-doença**. São Paulo. Cortez, 1989.

RIBEIRO, L.R. SALVADORI D.M.F. MARQUES E.K. **Mutagênese ambiental**. Canoas (RS). Editora da ULBRA, 2003.

RODRIGUES, A. J. **Metodologia Científica**. São Paulo: Avercamp, 2006.

RODRIGUES, K. E.; CAMARGO, B. de. Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 1, p. 29-34, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z. FILHO, N. A., **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SILVA, C.C.; SILVA, A.T.M.C.; LOSING, A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde da Família – PSF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2006 ago.

SOUZA, A.I.J.; ERDMANN, A.L. A criança com diagnóstico de câncer: revisando o caminho das políticas de atendimento. **Revista Brasileira Enfermagem**, Porto Alegre, abr, 24 (1):23-33. 2003 disponível em:

<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4434/2360>. Acesso em 09 de Set. 2009.

TEIXEIRA, C. F.; COSTA E. A. **Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas.** Disponível em http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/semin_20.pdf. Acesso em 10 de Out. 2009.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILAS BÔAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf. Acesso em 09 de Set. 2009.

TETELBOM M. **A criança com doença crônica e sua família: importância da avaliação psicossocial.** *Pediatria*. 60(1):5-11. 1993.

VIEIRA MAA.; LIMA R.A.G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Rev Latino-am Enfermagem**. 10(4):552-60 jul/ago 2002.

- > A diversidade na distribuição regional das neoplasias malignas, que requerem tipos distintos de ações e serviços de saúde;
- > Os custos cada vez mais elevados na alta complexidade e a necessidade de estudos que avaliem o custo-efetividade e a qualidade da atenção oncológica;
- > As condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e a necessidade de se elaborar uma rede de serviços regionalizada e integrada que garanta acesso integral à população, bem como o acesso a exames e terapias para a diagnóstico e o tratamento;
- > A necessidade de incluir parâmetros para o planejamento e de aprimorar as regulamentações técnicas e de gestão em relação à atenção oncológica no País;
- > A necessidade de implementação do processo de regulação, avaliação e controle da atenção oncológica, com vistas a qualificar a gestão pública;
- > A responsabilidade do Ministério da Saúde de estabelecer diretrizes nacionais para a atenção oncológica; e
- > Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estruturar a atenção integral e articular as diversas ações nos três níveis de gestão do SUS.

Resoluções do plenário:

ANEXO**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA**

A portaria de nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005 institui a Política Nacional de Atenção Oncológica:

O Ministério de estado da saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Constituição Federal, na seção saúde, em seus arts. 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

- Importância epidemiológica do câncer no Brasil;
- O risco de câncer associado ao tabagismo, a ocupações, à incidência de raios ultravioleta, a hábitos sociais e alimentares, e o impacto das ações de promoção e prevenção sobre os índices de incidência e prevalência de algumas neoplasias malignas;
- A diversidade na distribuição regional das neoplasias malignas, que requerem tipos diversos de ações e serviços de saúde;
- Os custos cada vez mais elevados na alta complexidade e a necessidade de estudos que avaliem o custo-efetividade e a qualidade da atenção oncológica;
- As condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e a necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer;
- A necessidade de instituir parâmetros para o planejamento e de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação à atenção oncológica no País;
- A necessidade da implementação do processo de regulação, avaliação e controle da atenção oncológica, com vistas a qualificar a gestão pública;
- A responsabilidade do Ministério da Saúde de estabelecer diretrizes nacionais para a atenção oncológica; e
- Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral e articular as diversas ações nos três níveis de gestão do SUS.

Resoluções da portaria:

- Art. 1º Instituir a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
- Art. 2º Estabelecer que a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios, permitindo:
 - I - desenvolver estratégias coerentes com a política nacional de promoção da saúde voltadas para a identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a qualidade de vida e saúde, capazes de prevenir fatores de risco, reduzir danos e proteger a vida de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades;
 - II - organizar uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidade) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos);
 - III - constituir Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde, organizadas em níveis hierarquizados, com estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, garantindo acesso e atendimento integral;
 - IV - definir critérios técnicos adequados para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que atuam nos diversos níveis da atenção oncológica, bem como os mecanismos de sua monitoração;
 - V - ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica;
 - VI - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de incorporação tecnológica, mediante estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade e avaliação tecnológica da atenção oncológica no Brasil;
 - VII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política

- Nacional de Atenção Oncológica, permitindo o aprimoramento da gestão e a disseminação das informações;
 - VIII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e a democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais da saúde;
 - IX - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Oncológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização;
 - X - fomentar a formação e a especialização de recursos humanos para a rede de atenção oncológica e
 - XI - incentivar a pesquisa na atenção oncológica, de acordo com os objetivos da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.
- Art. 3º Definir que a Política Nacional de Atenção Oncológica seja constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:
- I - promoção e vigilância em saúde: elaborar políticas, estratégias e ações que ampliem os modos de viver mais favoráveis à saúde e à qualidade de vida e que superem a fragmentação das ações de saúde, mediante articulação intersetorial em busca de uma maior efetividade e eficiência;
 - II - As ações de vigilância da saúde devem utilizar:
 - a) Estratégias para estimular a alimentação saudável e a prática da atividade física em consonância com a Estratégia Global proposta pela Organização Mundial da Saúde;
 - b) Proporcionar a redução e o controle de fatores de risco para as neoplasias, como o tabagismo;
 - c) Desencadear ações que propiciem a preservação do meio ambiente e a promoção de entornos e ambientes mais seguros e saudáveis, incluindo o ambiente de trabalho dos cidadãos e coletividades;
 - d) Implantar estratégias de vigilância e monitoramento dos fatores de risco e da morbimortalidade relativos ao câncer e às demais doenças e agravos não transmissíveis e

- e) Desenvolver mecanismos e parâmetros de avaliação do impacto em curto, médio e longo prazos das ações e serviços prestados em todos os níveis da atenção à saúde;
- III - atenção básica: realizar, na Rede de Serviços Básicos de saúde (Unidade Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família), ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados;
 - IV - média complexidade: realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contra-referência dos pacientes, ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;
 - V - alta complexidade: garantir o acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer a esse nível de atenção, determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas; assistência essa que se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON);
 - VI - Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia: São aqueles CACONs designados para exercer o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS nas políticas de atenção oncológica;
 - VII - Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer do Colo do Útero e da Mama: deve fazer parte integrante dos Planos Municipais e Estaduais de Saúde.
 - VIII - regulamentação suplementar e complementar por parte dos estados e dos municípios, com o objetivo de regular a Atenção Oncológica;
 - IX - regulação, fiscalização, controle e avaliação das ações da Atenção Oncológica de competência das três esferas de governo;

- X - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, regulação, avaliação e controle e promover a disseminação da informação;
 - XI - diretrizes nacionais para a atenção oncológica em todos os níveis de atenção, que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, avaliação e controle;
 - XII - avaliação tecnológica: oferecer subsídios para tomada de decisão no processo de incorporação de novas tecnologias, articulando as diversas esferas do Ministério da Saúde;
 - XIII - educação permanente e capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção, considerando o enfoque estratégico da promoção e envolvendo todos os profissionais de nível superior e os de nível técnico, de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos Pólos de Educação Permanente em Saúde e
 - XIV - pesquisa sobre o câncer: incentivar pesquisas nas diversas áreas da atenção oncológica.
- Art. 4º Estabelecer que o Instituto Nacional de Câncer seja o Centro de Referência de Alta Complexidade do Ministério da Saúde, em conformidade com a Portaria nº 2.123/GM, de 7 de outubro de 2004, para auxiliar na formulação e na execução da Política Nacional de Atenção Oncológica.
- Art. 5º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, que adotem, no prazo de 12 (doze) meses, todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Oncológica instituída por esta Portaria.

No Brasil, o câncer já é a terceira causa de morte por doença entre um e 14 anos, e no município e estado de São Paulo é a primeira causa de óbito entre cinco e 14 anos de idade (Rodrigues, 2003).

É freqüente que aos sinais do câncer a criança não se mostre tão severamente doente o que pode atrasar o seu diagnóstico.

Segundo a referida portaria, a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as secretarias de saúde dos estados e municípios, permitindo, entre outros aspectos, a

organização de uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção (básica, especializada de média e alta complexidade) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos).