

# Percepções dos Profissionais sobre o Diagnóstico Precoce do Câncer Infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde

*Professionals Perceptions about the Early Diagnosis of Childhood Cancer in Primary Health Care*

*Percepciones de los Profesionales sobre el Diagnóstico Precoz del Cáncer Infanto-Juvenil en la Atención Primaria de Salud*

Jane Kelly Oliveira Friestino<sup>1</sup>; Carlos Roberto Silveira Corrêa<sup>2</sup>; Djalma de Carvalho Moreira Filho<sup>3</sup>

## Resumo

**Introdução:** Atualmente, a atenção primária à saúde no Brasil é responsável pela coordenação do cuidado e identificação dos problemas de saúde da população. O acompanhamento contínuo às famílias na atenção primária possibilita a identificação dos primeiros sinais e sintomas do câncer infantojuvenil. **Objetivo:** Conhecer as percepções dos profissionais de saúde que trabalham na atenção primária à saúde sobre o diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil. **Método:** Estudo qualitativo, com abordagem exploratória, realizada na cidade de Campinas, São Paulo. Os dados foram coletados por meio de quatro grupos focais realizados com trabalhadores da atenção primária, e analisados por meio do método de análise de conteúdo. **Resultados:** Participaram do estudo trabalhadores de diferentes categorias profissionais. Identificaram-se pouco contato com o tema diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil na prática diária dos serviços, sentimento de insegurança e carência de conhecimento em relação ao tema. O relacionamento e o vínculo com a família foram algo presente em todos os grupos. O bom conhecimento técnico, o trabalho em equipe com diferentes competências e uma rede de atenção à saúde estruturada contribuem para melhorar o diagnóstico precoce a crianças e adolescentes com câncer. **Conclusão:** As percepções encontradas apontam para a necessidade de aprimorar a formação dos profissionais de saúde que atuam no cuidado à criança e adolescente na atenção primária à saúde, privilegiando a abordagem do tema diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Diagnóstico Precoce; Neoplasias; Saúde da Criança; Saúde do Adolescente.

---

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Campinas (SP), Brasil. Professora-Adjunta da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Chapecó (SC), Brasil. *E-mail:* jane.friestino@uffs.edu.br.

<sup>2</sup>Pediatra. Professor do Departamento de Saúde Coletiva pela Unicamp. Campinas (SP), Brasil. *E-mail:* ccorrea@fcm.unicamp.br.

<sup>3</sup>Epidemiologista. Professor do Departamento de Saúde Coletiva pela Unicamp. Campinas (SP), Brasil. *E-mail:* djalmore@unicamp.br.

*Endereço para correspondência:* Jane Kelly Oliveira Friestino. Av. Fernando Machado, 108E - Centro. Chapecó (SC), Brasil. CEP 89814-470. *E-mail:* jane.friestino@uffs.edu.br.

## INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas estão entre as principais causas de mortalidade no mundo, apresentando níveis crescentes nas últimas décadas na maioria dos países<sup>1</sup>. No Brasil, as neoplasias correspondem à principal causa de mortes por doença em crianças e adolescentes<sup>2</sup>.

O câncer infantojuvenil, que acomete indivíduos entre 0 a 19 anos de idade, são considerados raros quando comparados aos tumores em adultos, correspondendo entre 2% a 3% de todos os tumores malignos registrados no Brasil<sup>3</sup>. Apesar de o câncer infantojuvenil ter uma incidência baixa, o impacto de sua ocorrência causa intenso sofrimento físico, psicológico e social nas crianças e em seus familiares<sup>4</sup>.

Em uma perspectiva mundial, o Brasil encontra-se incluído na lista de países de média renda e, nesse contexto econômico, o quadro epidemiológico dos casos de câncer infantojuvenil é impactado negativamente pela escassez de recursos, fragilidade dos sistemas de saúde e ausência ou raras políticas públicas voltadas a essa temática<sup>5</sup>.

No Brasil, a coordenação dos cuidados em saúde, nos mais diversos níveis de complexidade, é feita prioritariamente pela atenção primária à saúde (APS). Eleita como a principal porta de entrada das redes de atenção à saúde (RAS), é responsável, entre outras coisas, pela identificação dos problemas de saúde da população, sendo transversal a todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>6</sup>. A regionalização, identificada como um dos princípios do SUS, visa a ampliar o acesso, garantir a equidade, a universalidade e combater a fragmentação do cuidado<sup>7</sup>.

Sendo assim, a APS possui um papel central no cuidado aos pacientes com doenças crônicas, condições estas que exigem contato entre vários pontos da RAS, bem como contato com diferentes categorias profissionais, exigindo que a APS seja robusta e resolutiva no cuidado em saúde em todos os ciclos de vida<sup>7</sup>.

A Saúde da Família tem sido a estratégia prioritária para a organização do SUS, compreendendo a abordagem familiar, o vínculo e a inserção dos profissionais na realidade da população como eixos centrais para a garantia da prestação de cuidados resolutivos<sup>6,7</sup>.

Nesse cenário da APS brasileira, estão incluídas, desde 2013, ações de controle do câncer que envolvem promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, articulados aos distintos componentes da RAS. O componente básico torna-se responsável, entre outras coisas, pela implementação de ações de diagnóstico precoce e identificação dos casos suspeitos de câncer, tendo como suporte a promoção de programas de educação permanente para preparar

profissionais envolvidos com a implementação e implantação dessa política<sup>8</sup>.

A APS, por oferecer acompanhamento contínuo às famílias, torna-se o nível de atenção à saúde fundamental para a identificação dos primeiros sinais e sintomas do câncer infantojuvenil, como também para realizar os encaminhamentos aos centros especializados quando necessário<sup>9</sup>.

O diagnóstico do câncer infantojuvenil pode ser difícil em razão da imprecisão dos sinais e sintomas, pois são confundidos com outras doenças comuns para a idade<sup>10</sup>. Alguns estudos apontam que o tempo para o diagnóstico foi mais curto em crianças menores de cinco anos de idade do que em adolescentes, isso porque os pais apresentam-se atentos à saúde das crianças até a fase pré-escolar e estes possuem maior número de consultas de rotina com o pediatra. Enquanto isso, adolescentes se sentem envergonhados ao despir-se diante dos pais, e estes não são acompanhados rotineiramente por médicos<sup>11</sup>.

Além disso, o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os sinais e sintomas do câncer infantojuvenil, e a oferta de uma rede de serviços de saúde bem estruturada podem contribuir para que o tratamento inicie nos estágios iniciais da doença<sup>12</sup>. O diagnóstico tardio influencia no prognóstico e também na sobrevida dos pacientes e, sendo assim, a identificação e a suspeita de câncer logo no início dos primeiros sinais e sintomas – diagnóstico precoce –, seguidas de um início imediato de tratamento, irão possibilitar uma melhor sobrevida e também reduzir a mortalidade por essa causa<sup>10</sup>.

Para isso, considera-se que deva existir uma coordenação de cuidado na APS que harmonize as três perspectivas: a da informação, a da clínica e a da administração/organização<sup>7</sup>. Esse cenário exige que os profissionais tenham capacidade técnica, incluindo a clínica, para coordenar o percurso terapêutico dos usuários e facilitar as ações em saúde em local e tempo oportunos<sup>7</sup>.

O objetivo do estudo é conhecer as percepções dos profissionais de saúde que trabalham na APS sobre o diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil.

## MÉTODO

Estudo qualitativo realizado com profissionais da atenção primária do município de Campinas, SP, no período de março a abril de 2014. Trata-se de uma abordagem exploratória que utilizou a técnica de grupos focais (GF) para a coleta de material<sup>13</sup>, cuja análise foi realizada por meio da técnica de análise categorial de conteúdo de Bardin<sup>14</sup>.

O município de Campinas, SP, possuía em 2014 aproximadamente 1.182.429 habitantes<sup>15</sup>. A população

era atendida pela rede de Atenção Básica por meio de 63 Centros de Saúde (C.S.) distribuídos em cinco Distritos de Saúde (D.S.): Norte, Sul, Sudoeste, Noroeste e Leste. Estes C.S., organizados a partir do modelo ampliado da Estratégia Saúde da Família (ESF), atendem em torno de 20 mil habitantes cada um deles<sup>15</sup>. O município adota o PSF-Paideia (territorialização, trabalho em equipe, clínica ampliada e projeto terapêutico singular), contando com profissionais distintos, adaptados de acordo com as especificidades locais<sup>16</sup>. Para a atenção hospitalar, o município conta com um serviço de referência regional, a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), exclusiva de Oncologia Pediátrica.

Para a seleção da amostra, foi aplicado o processo de amostragem intencional, contando com quatro C.S. que apresentaram população adscrita, instalações físicas, demanda de atendimento e recursos humanos semelhantes, porém com a característica de estarem distantes um dos outros. Dessa maneira, cada C.S. pertencia a um D.S. diferente.

Embora os C.S. participantes do estudo fossem semelhantes quanto à sua estrutura, a realidade sociodemográfica de cada um deles era distinta. O D.S. Sul possuía uma população composta pela maioria de crianças e adultos jovens, com áreas de extrema vulnerabilidade socioeconômica, enquanto o D.S. Norte apresentava uma densidade demográfica mais baixa, com uma crescente população idosa e poucas áreas de vulnerabilidade socioeconômica, entre outras particularidades existentes<sup>17</sup>.

Antes da realização dos GF, foram realizadas visitas aos C.S., com apresentação do estudo nas reuniões de equipe, com o intuito de que os profissionais conhecessem a pesquisa e assim pudessem manifestar seu interesse em participar. Os critérios para inclusão na amostra foram: profissionais que atuam na APS há pelo menos seis meses e que tivessem interesse em participar da pesquisa.

Com isso, os GF foram constituídos com categorias profissionais da atenção primária que expressaram interesse em participar do estudo. A delimitação do número máximo de participantes foi de 12 pessoas. Em cada um dos quatro C.S., foi realizado um GF, e seu desenvolvimento teve duração média de 40 minutos, realizados em salas reservadas dentro dos C.S, e contando com grupos de seis a 12 integrantes, conforme detalhado no Quadro 1.

Todos os GF foram conduzidos por um moderador a partir de um roteiro de questões, com as seguintes temáticas: o câncer infantojuvenil no contexto da APS e experiências relacionadas ao diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil.

O material produzido foi baseado na transcrição na íntegra dos GF e registros das observações. Inicialmente,

Quadro 1. Caracterização dos participantes dos grupos focais (GF)

<b>Distrito de Saúde do C.S.</b>	<b>Números de participantes e sexo</b>	<b>Categoria profissional</b>
<b>Sudoeste</b>	6 participantes Todas mulheres	Pediatra Auxiliar de Enfermagem Agente Comunitário de Saúde Ginecologista
<b>Leste</b>	6 participantes 1 homem 5 mulheres	Dentista Educador Popular Pediatra Agente Comunitário de Saúde Auxiliar de Enfermagem
<b>Norte</b>	8 participantes 1 homem 7 mulheres	Enfermeira Pediatra Médico de Família Auxiliar de Enfermagem Agente Comunitário de Saúde
<b>Noroeste</b>	7 participantes Todas mulheres	Médica de Família Auxiliar de Enfermagem Técnico de Enfermagem Enfermeira Agente Comunitário de Saúde

foi realizada uma pré-análise, com base em leitura flutuante<sup>14</sup> de todo o material empírico: transcrições e observações. A partir desse momento, foi possível a elaboração das hipóteses de que o diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil pode ser influenciado negativamente pelos sinais e sintomas inespecíficos, em que as manifestações clínicas podem ser confundidas com queixas de doenças comuns na infância, e que essa condição pode ser agravada pela falta de uma linha de cuidado que permita uma melhor compreensão dos sinais e sintomas iniciais da doença<sup>11-18</sup>.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)/Hospital São Paulo, sob o parecer n. 457.972 de 14/11/2013. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual explicitava que as falas seriam gravadas e o anonimato seria assegurado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificadas três categorias que, mesmo sendo apresentadas de forma separada, em seu discurso, se

complementam, sendo elas: suspeita e diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil na rede de cuidados primários; sentimento dos profissionais; e os profissionais e a família.

## SUSPEITA E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER INFANTOJUVENIL NA REDE DE CUIDADOS PRIMÁRIOS

Uma questão importante a ser discutida é a capacidade de suspeitar de algo para que haja a possibilidade da execução de um diagnóstico precoce plausível. Contudo, a relação entre “profissional de saúde e paciente” configura-se como dialética na medida em que está permeada de angústia, medo, incerteza, amor, ódio, insegurança, confiança, ou seja, fatores intrínsecos ao ser humano.

O médico tem que falar assim e ao mesmo tempo tem que sentir dó, mas não pode demonstrar tanto isso por que você pode desabar junto com a criança e com os pais, é uma questão profissional você tem que mostrar certa firmeza e segurança... e a pior coisa é você achar que tem segurança no que você está falando, porque você acha que a doença está lá e no fim ela não está... é complicado. Você tem que segurar a onda também da equipe, tem hora que você está deprimido e você vê que a criança está pior que você, aí você enxuga suas lágrimas e bola pra frente (GF 3).

Outra coisa que vem é o diagnóstico, este é difícil de ser realizado, pois são casos de sintomas inespecíficos, tudo pode ser... o pediatra ainda tem essa dificuldade de entrar no diagnóstico diferencial. Além disso, nos dá medo de “comer bola”, precisamos dar uma resposta à família e também aos outros membros da equipe (GF 1).

Na inexistência de uma equipe de saúde que possua um olhar alerta à possibilidade da ocorrência do câncer infantojuvenil, o resultado poderá ser o retardo do reconhecimento de um problema e, conseqüentemente, de ações que possam beneficiar a saúde dos indivíduos em questão. De acordo com Fermo et al.<sup>19</sup> (p. 56), “os profissionais da saúde precisam identificar os sinais de alerta do câncer infantojuvenil para atuar no diagnóstico precoce”, apontando para a necessidade de constante atualização de conhecimentos por parte da equipe em todos os níveis de atenção.

A visão do diagnóstico precoce apresentada pelos profissionais avança no sentido de não se fixar somente em uma taxonomia diagnóstica, mas sim no estabelecimento de relação que vai além do médico/paciente, incluindo características subjetivas imprescindíveis ao estabelecimento de vínculo, tanto na relação entre profissionais, como também à população atendida.

Em uma criança ou em um adolescente dá muito medo de errar e tomar decisões erradas, principalmente pelos pais que acabam colocando toda a esperança em cima da gente de uma forma mais intensa do que eu imagino que seja... (GF3).

Vê-se aqui a insegurança por parte dos profissionais perante o diagnóstico de câncer, pois o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer infantojuvenil é complexo. Em 85% dos casos, as queixas são inespecíficas e, nesse contexto, o profissional pode temer em alarmar a família com um diagnóstico ou encaminhamento a um serviço especializado diante de um diagnóstico incerto<sup>11,20</sup>.

Se não houver uma conscientização da necessidade de incluir o câncer infantojuvenil na APS, o resultado pode ser um retardo no atendimento de crianças e adolescentes portadores da doença<sup>5</sup>; pois, se não há a suspeita, não há o diagnóstico, e sem o diagnóstico, é impossível que haja tratamento.

O trabalho em equipe e a abordagem familiar dada pela ESF podem contribuir positivamente com o diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil<sup>8</sup>. Estando profissionais com bom conhecimento técnico e com diferentes competências, inseridos em uma RAS estruturada, é possível melhorar o atendimento a crianças e adolescentes com câncer.

Era criança de 7 anos. Nem passou pelo pediatra, olha que interessante, foi direto ao dentista pois estava com um machucado na boca. Quando examinei era gigante, com um aspecto de afta bem grande mesmo, aí pesquisamos traumas, mas trauma regride esse não... na mesma semana ele voltou sem melhora nenhuma, aí já fez a biópsia – e era um linfoma (G1).

A qualidade do tratamento oferecido, por vezes, é resultado do conhecimento técnico da equipe de saúde, que deve estar atenta à possibilidade de ser o câncer, sendo assim, deve valorizar as queixas referidas, como também realizar anamneses adequadas<sup>19</sup>. Com isso, evidencia-se a importância de uma escuta qualificada:

Tivemos um caso aqui que o diagnóstico foi feito pelo pai, ele já tinha passado pela puericultura pois estava com 6 meses e ninguém viu nada de anormal, foi o pai que percebeu algo estranho (uma massa) na barriga. Surge um sentimento de impotência para nós, é frustração mesmo, você é responsável por uma vida (G3).

## SENTIMENTO DOS PROFISSIONAIS

Frente à conjuntura apresentada, a categoria *Sentimento dos profissionais* emerge demonstrando como o câncer em

crianças e adolescentes mobiliza esses sentimentos, para além das suas demandas físicas descritas por sinais e sintomas da doença.

Na prática clínica em crianças e adolescentes, devem ser considerados a doença, juntamente aos componentes de sofrimento físico e emocional, bem como o impacto destes sobre a criança e sua família<sup>21</sup>. Sendo o câncer infantojuvenil considerado um evento raro, os profissionais que se encontram perante uma suspeita e/ou diagnóstico de um caso vivem algo complexo que envolve sentimentos negativos como dor, angústia e podem ser sensibilizados pelo impacto que o diagnóstico pode trazer<sup>22</sup>:

Me vem o sentimento de dó, de tristeza, de solidariedade com os pais... (GF3); Me vem a ideia de que essa criança vai ter que se adaptar com toda essa mudança para o tratamento que não é igual a um adulto, com a criança é uma outra maneira de se trabalhar... (GF 4).

O sentimento negativo foi encontrado de forma unânime nos grupos. Conforme citam Malta et al.<sup>21</sup>, há a necessidade de se pensar em uma abordagem diferenciada à criança.

As condutas dos profissionais, por vezes, são afetadas pelo contexto em que estes vivem, pois assumem inúmeras e diversificadas atribuições junto a uma complexidade de demandas físicas e psíquicas, que exige dos profissionais, um contato diário com a realidade da comunidade, afetando-os emocionalmente<sup>23</sup>.

Esse cenário pode influenciar a conduta dos profissionais, uma vez que a vida pessoal, os aspectos psicológicos, a solidariedade aos pais e as suas vivências são traduzidos em sua prática profissional, conforme encontrado a seguir:

A gente também tem filhos, às vezes surge algo de ruim, e rapidamente tento tirar da mente, pois é necessário atender à pessoa... mas, o impacto é esse (GF 3).

## OS PROFISSIONAIS E A FAMÍLIA

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis<sup>6</sup>. Assim, os profissionais de saúde devem estar comprometidos com a compreensão de aspectos relacionados à dinâmica familiar, ao seu funcionamento, e às suas características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas.

Relatos na literatura apontam que o período entre a suspeita e o diagnóstico pode ser frustrante para as

famílias, uma vez que recorrem a diversos atendimentos e recursos até obterem a definição do diagnóstico<sup>19</sup>.

A gente recebe pouco preparo para lidar, para diagnosticar... a gente tem pouco preparo, e a família que sofre tem menos preparo ainda... (GF 4).

Em um estudo realizado por Lopes et al.<sup>24</sup> (p. 88): “alguns profissionais da ESF e das unidades de saúde não se consideram qualificados para assistir famílias, mesmo tendo a participação em cursos e experiências após a formação”.

Na questão da atenção básica, é especialmente mais forte esse envolvimento com a família, por conta da questão com o vínculo e da proximidade territorial. A gente está aqui todo dia, ao longo dos anos. Aqui você vê o processo de formação e às vezes de dissolução das famílias... não dá para ser distante... (GF1).

O envolvimento com as famílias poderá ser um caminho importante para se pensar em melhorias das condições de saúde e, no caso do câncer, promover ações de suspeita dos casos, entendendo que a família e os cuidadores podem ser os primeiros a suspeitar dos sinais e sintomas iniciais da doença, conforme descrito por diversos estudos<sup>10,19-20</sup>.

Os pais podem contribuir positivamente ao diagnóstico precoce, pois são capazes de detectar sinais e sintomas, ou ainda modificações no comportamento e nas atividades diárias da criança<sup>11</sup> e, no momento em que percebem algo errado, buscam atendimento médico nos diversos equipamentos de saúde: unidades básicas de saúde, serviços de pronto-atendimento ou consultas agendadas em convênios médicos e particulares.

Eu sinto que o Unacon abraça de uma maneira as famílias... depois que eles têm um diagnóstico de câncer na criança eles somem do Centro de Saúde, a gente não fica sabendo sequer se está vivo. Por que o Unacon faz isso? não sei até que ponto é bom ou ruim, mas realmente ele engloba essa família, suga essa família, e todos os membros só voltam aqui quando a criança sarou (GF 1).

As falas dos profissionais direcionaram muitas vezes o tema câncer infantojuvenil ao atendimento hospitalar, mesmo quando questionados a respeito do diagnóstico precoce no âmbito da Atenção Básica. Além disso, em suas percepções, foi possível identificar a existência de pouca articulação entre os diferentes pontos da RAS e, mesmo que a Atenção Básica seja reconhecida na literatura como o coordenadora e ordenadora do cuidado

em saúde<sup>6,7</sup>, na prática aparece um distanciamento, principalmente no que se refere à contrarreferência nos casos de câncer infantojuvenil em tratamento nos serviços especializados.

Considera-se oportuno apontar as limitações decorrentes da condução do estudo, que, tendo sido feito por meio de GF, que podem gerar diferentes respostas em diferentes sessões, e, para diminuir os vieses na condução, teve o acompanhamento da pesquisadora responsável em todas as etapas de desenvolvimento da pesquisa.

O aprofundamento da análise dos problemas identificados na prática dos serviços aponta para a possibilidade de mudanças futuras na inclusão do tema diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil na APS. A aproximação da universidade ao serviço, por meio dessa pesquisa, oportunizou um espaço de reflexão sobre a temática, abrindo assim possibilidades para melhoria da qualidade dos cuidados prestados, como também, para estudos futuros.

## CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, percebe-se que os profissionais apresentam dificuldades em lidar com o tema câncer infantojuvenil na APS, destacando que, quando a ocorrência e abordagem do assunto é limitada, torna-se difícil ter autoconfiança para executar o diagnóstico precoce.

Segundo as percepções dos profissionais, o aspecto que mais merece atenção diz respeito à dificuldade em se realizar o diagnóstico precoce. Essa dificuldade remete à necessidade em se ter uma equipe profissional com capacidade técnica para realizar o diagnóstico, além de um adequado envolvimento e vínculo com as famílias.

Em razão da relevância do tema e da sua pouca abordagem na literatura, ressalta-se a necessidade de outros estudos que tratem da temática com o objetivo de aprimorar o diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil na APS.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), processo nº. 99999.007495/2014-05, e à Secretaria Municipal de Saúde do município de Campinas, SP, pelo apoio dado por meio do Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (Cets).

**Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.**

## CONTRIBUIÇÕES

Jane Kelly Oliveira Friestino trabalhou na concepção e planejamento do projeto de pesquisa, na obtenção e/ou análise de dados, bem como na redação e revisão crítica do manuscrito. Carlos Roberto Silveira Corrêa trabalhou na concepção e planejamento do projeto de pesquisa e na obtenção e/ou análise de dados. Djalma de Carvalho Moreira Filho na concepção e planejamento do projeto de pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World Cancer Report 2014. Geneva: WHO Press; 2015.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: informações dos registros de câncer do sistema de mortalidade [Internet]. 2016. [acesso em 2018 mar 8]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/wcm/incidencia/2017/apresentacao.asp>
3. Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries LAG, Moreno F, Dolya A, Bray F, et al. International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. *Lancet Oncol.* 2017;18(6):719-31.
4. Silva FAC, Andrade PR, Barbosa TR, Hoffmann MV, Macedo CR. Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. *Esc Anna Nery.* 2009;13(2):334-41.
5. Denburg A, Cuadrado C, Alexis C, Klusmann FA, Zamora JCB, Bodkyn C, et al. Improving childhood cancer care in Latin America and the Caribbean: a PAHO Childhood Cancer Working Group position statement. *Lancet Oncol.* 2017;18(6):709-11.
6. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde E Soc.* dezembro de 2011;20(4):867-74.
7. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017;22:1141-54.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Diário Oficial da União. (2013 maio 16); 2013:129-32.
9. Lima BC. O Itinerário terapêutico da família com da criança com câncer: contribuições da Enfermagem [Trabalho de Conclusão de Curso]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2016. [acesso em 2018 mar 8]. Disponível em: <http://www.repositorio.>

- uff.br/jspui/bitstream/1/2381/1/Bruna%20da%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20de%20Lima.pdf
10. Dang-Tan T, Franco EL. Diagnosis delays in childhood cancer: a review. *Cancer*. 2007;110(4):703-13.
  11. Rodrigues KE, Camargo B. Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. *Rev Assoc Médica Bras*. 2003;49(1):29-34.
  12. Handayani K, Sitaresmi MN, Supriyadi E, Widjajanto PH, Susilawati D, Njuguna F, et al. Delays in diagnosis and treatment of childhood cancer in Indonesia. *Pediatr Blood Cancer*. 2016;63(12):2189-96.
  13. Morgan DL. *The Focus Group Guidebook*. Thousand Oaks: Sage; 1998.
  14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Almedina; 2011.
  15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Infográficos Cidades@ Campinas - SP* [Internet] IBGE; 2010. [acesso em 2018 mar 8]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=350950>
  16. Almeida PVB, Zanolli ML. The pediatrician's role in the Paidéia-Family Health Program in Campinas, São Paulo State, Brazil. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. 2011;16:1479-88.
  17. Fernandes JLM. Análise do perfil do cirurgião dentista inserido nas Estratégias de Saúde da Família das cidades pertencentes à DRS VII – Campinas – São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2008.
  18. Magalhães IQ, Gadelha MIP, Macedo CD, Cardoso TC. A oncologia pediátrica no Brasil: por que há poucos avanços? *Rev Bras Cancerol*. 2016;62(4):337-41.
  19. Fermo VC, Lourençatto GN, Medeiros TS, Anders JC, Souza AIJ de, Fermo VC, et al. Early diagnosis of child cancer: the journey taken by families. *Esc Anna Nery*. março de 2014;18(1):54-9.
  20. Villarreal M. Diagnóstico precoce del cáncer infantil. *Rev Med Clin Condes*. 2006;2(17):60-5.
  21. Malta JDS, Schall VT, Modena CM. O momento do diagnóstico e as dificuldades encontradas pelos oncologistas pediátricos no tratamento do câncer em Belo Horizonte. *Rev Bras Cancerol*. 2009;55(1):33-9.
  22. Amador DD, Reichert APS, Lima RAG, Collet N. Conceptions of care and feelings of the caregiver of children with cancer. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(6):542-6.
  23. Trindade LL, Lautert L, Beck CLC, Amestoy SC, Pires DEP. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(5):684-9.
  24. Lopes MCL, Marcon SS. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. *Acta Sci Health Sci*. 2011;34(1):85-93.

## **Abstract**

**Introduction:** Currently the primary health care in Brazil is responsible for coordinating the care and identification of health problems in the population. Continuous monitoring of families in primary health care makes possible the identification of the first signs and symptoms of childhood cancer. **Objective:** The aim of this study was to understand the perceptions of health professionals that work in primary health care in respect to early diagnosis of childhood cancer. **Method:** This is a qualitative exploratory study, carried out in the city of Campinas, São Paulo. Data were collected through four focus groups performed with primary health care workers and analysed by content analysis method. **Results:** Workers from different professional categories participated in the study. Little contact with the topic of early diagnosis of childhood and juvenile cancer was identified in the daily practice of services, as well as a feeling of insecurity and lack of knowledge regarding the topic. The relationship and the bond with the family was present in all groups. Good technical knowledge, work in a team with different competencies, and a structured health care network contribute to improving the early diagnosis of children and adolescents with cancer. **Conclusion:** The perceptions founded point out a need to strengthen the training of health professionals who work with children and adolescents in primary health care, privileging the approach of the subject early diagnosis of childhood cancer.

**Key words:** Primary Health Care; Early Diagnosis; Neoplasms; Child Health; Adolescent Health.

## **Resumen**

**Introducción:** Actualmente la atención primaria en salud en Brasil es responsable de la coordinación del cuidado e identificación de los problemas de salud de la población. El seguimiento continuo a las familias en la atención primaria permite la identificación de los primeros signos y síntomas del cáncer infanto-juvenil. **Objetivo:** Comprender las percepciones de los profesionales de salud trabajadores de la atención primaria de salud acerca del diagnóstico precoz de cáncer infanto-juvenil. **Método:** Investigación cualitativa, con abordaje exploratorio, realizado en la ciudad de Campinas, São Paulo. Los datos fueron colectados en cuatro grupos focales realizados con trabajadores de la atención primaria, analizados por medio del análisis de contenido. **Resultados:** Participaron del estudio trabajadores de diferentes categorías profesionales. Se identificaron poco contacto con el tema diagnóstico precoz del cáncer infanto-juvenil en la práctica diaria de los servicios, así como sentimiento de inseguridad y carencia de conocimiento en relación al tema. La relación y el vínculo con la familia fue algo presente en todos los grupos. El buen conocimiento técnico, el trabajo en un equipo con diferentes competencias, y una red de atención a la salud estructurada contribuyen a mejorar el diagnóstico precoz a los niños y adolescentes con cáncer. **Conclusión:** Las percepciones encontradas apuntan a una necesidad de mejorar la formación de los profesionales de salud que actúan en el cuidado al niño y adolescente en la atención primaria a la salud, privilegiando el abordaje del tema diagnóstico precoz del cáncer infanto-juvenil.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; Diagnóstico Precoz; Neoplasias; Salud del Niño; Salud del Adolescente.