

TIPOS DE CÂNCER MAIS COMUNS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

*Cassandra Teixeira Valle
Edwis Serafim
Elione Albuquerque
Mário Paraguaçu de Macedo
Onco-hematologistas Pediátricos*

LEUCEMIA

É o tipo de câncer mais freqüente na infância, perfazendo 33% dos cânceres pediátricos. Acomete crianças principalmente entre os 2 aos 5 anos de idade, ocorrendo mais em meninos e na raça branca. Alcança, atualmente, níveis de cura em torno de 82% dos casos.

Sinais e sintomas

- ✓ Palidez (anemia), fadiga, apatia, falta de apetite (anorexia);
- ✓ Linfonodomegalias;
- ✓ Febre persistente;
- ✓ Manchas em pele e mucosas (petéquias e equimoses);
- ✓ Sangramentos de mucosas;
- ✓ Aumento de gengivas (hipertrofia gengival);
- ✓ Dores ósseas e articulares progressivas, limitando a movimentação da criança;
- ✓ Aumento do volume abdominal por hepatoesplenomegalia.

Na presença destes sintomas sempre lembrar da possibilidade de uma leucemia. Um simples hemograma para avaliação inicial é de grande valor, principalmente quando encontramos evidências de anemia, leucocitose ou leucopenia e trombocitopenia.

A leucemia pode apresentar quadro insidioso por semanas e assemelhar-se com quadros de artrite reumatóide e viroses como a mononucleose.

O diagnóstico deve ser feito através da avaliação do oncologista pediátrico e do aspirado de medula óssea

Tratamento

- ✓ Quimioterapia;
- ✓ Radioterapia;
- ✓ Transplante de medula óssea.

LINFOMA

É o terceiro câncer mais comum em crianças. Acomete principalmente os gânglios linfáticos, fígado e baço. Existem duas categorias distintas que são os linfomas não-Hodgkin e a Doença de Hodgkin.

1.-) DOENÇA DE HODGKIN

É caracterizada pelo aumento progressivo dos nódulos linfáticos, sendo observada desde 1832, quando era confundida com doenças inflamatórias por acometer o sistema linfático e o baço.

Têm incidência bimodal, picos abaixo dos 20 anos e após os 50 anos. É mais comum em meninos, raro após os 5 anos.

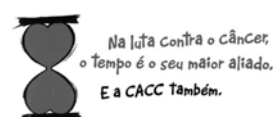
Quando tratada precocemente, as possibilidades de cura são de 70 a 90%.

Sinais e sintomas

Geralmente começa nos linfonodos

- ✓ Linfonomegalia cervical ou supraclavicular indolor, firme de moderado a rápido crescimento, sem sinais inflamatórios;
- ✓ Alargamento de mediastino em 2/3 casos ao RX tórax;
- ✓ Tosse por compressão;
- ✓ Perda de peso, prurido, suores noturnos;
- ✓ Anemia hemolítica, síndrome nefrótica;
- ✓ Hepatoesplenomegalia.

Diagnóstico



- ✓ Exames de imagem (tomografia, Ultrasonografia);
- ✓ Biópsia de linfonodos e medula óssea.

Tratamento

- ✓ Quimioterapia e radioterapia.

2.-) LINFOMAS NÃO-HODGKIN

Contribuem com 10 a 15% dos casos de câncer em crianças. São resultantes da proliferação clonal maligna de linfócitos T e B. Podem estar associados a imunodeficiências hereditárias.

Sinais e sintomas

Locais mais freqüentes (abdome 31%, mediastino 26% e cabeça e pescoço 29%).

- ✓ Massa em região ileocecal, provocando distensão abdominal, vômitos, dor abdominal;
- ✓ Cefaléia, hipertensão craniana;
- ✓ Anemia, plaquetopenia;
- ✓ Tumorações em mandíbula e face;
- ✓ Linfonodomegalias;
- ✓ Massas em mediastino.

Diagnóstico

- ✓ Imagens (tomografias e Ultrasonografia);
- ✓ Biópsia de medula óssea e de tumorações.

Tratamento

- ✓ Quimioterapia e radioterapia.

TUMORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Contribuem com 24% dos casos de câncer pediátrico, permanecendo no segundo lugar desta incidência, perdendo apenas para as leucemias.

O diagnóstico ocorre em 80% dos casos em crianças abaixo dos 10 anos.

A apresentação clínica deste tumor é variável conforme seu tipo histológico e localização no sistema nervoso. Possível cura em 65% dos casos.

Sinais e sintomas

- ✓ Cefaléia de moderada a forte intensidade, que interrompe o sono;
- ✓ Vômitos matinais;
- ✓ Irritabilidade, mudanças comportamentais, agressividade;
- ✓ Sonolência excessiva;
- ✓ Perda do equilíbrio (ataxia), quedas ao caminhar;
- ✓ Polifagia, dificuldades para memorizar;
- ✓ Estrabismos e nistagmo horizontal.

Diagnóstico

- ✓ Exames de imagem (tomografia e ressonância magnética);
- ✓ Estudo do liquor.

Tratamento

- ✓ Cirurgia;
- ✓ Quimioterapia;
- ✓ Radioterapia.

TUMORES DE PARTES MOLES

Deste grupo de tumores o rhabdomyosarcoma é o mais frequente em crianças, sendo responsável por 8% dos casos de câncer infantil. É uma neoplasia de origem de células musculares primitivas.

A manifestação clínica inicial mais comum consiste numa massa dolorosa ou não que pode ocorrer em qualquer região do corpo, porém a idade e os subtipos histológicos deste tumor são peculiares de certas localizações.

Os tumores que ocorrem na órbita atingem crianças menores de 8 anos, os de extremidades são mais comuns em adolescentes e os de bexiga e vagina são quase exclusivos dos lactentes.

Locais mais comuns: Genito-urinário 22%, extremidades 18%, parameningea 16% e órbita 9%.

Sinais e sintomas

- ✓ Protusão ocular, ptose;
- ✓ Náuseas, cefaléia e vômitos;
- ✓ Dificuldades na micção, hematúria;
- ✓ Epistaxe;
- ✓ Tumorações em conduto auditivo, narinas, órbita.

Diagnóstico

- ✓ Exames de imagem (tomografias e ressonância magnética);
- ✓ Biópsia.

Tratamento

- ✓ Quimioterapia;
- ✓ Radioterapia.

TUMORES ÓSSEOS

Contribuem com 7% dos casos do câncer infantil. Os mais frequentes são o osteossarcoma e o sarcoma de Ewing. A possibilidade de cura é de 68%.

1.-) OSTEOSSARCOMA

Dos sarcomas ósseos, o osteossarcoma é o mais comum, acomete mais adolescentes e meninos. Seu pico de incidência ocorre durante o período de crescimento ósseo, sugerindo uma relação entre o rápido crescimento ósseo e o desenvolvimento desta malignidade.

Sinais e sintomas

- ✓ Dor na área envolvida, com ou sem aumento de volume local, com duração até de 6 meses ou mais;
- ✓ Tumorações principalmente em fêmur distal, tíbia e úmero proximais.

Diagnóstico

- ✓ Tomografia;
- ✓ Ressonância;
- ✓ Cintilografia;
- ✓ Biópsia.

Tratamento

- ✓ Quimioterapia;
- ✓ Cirurgia.

2.-) SARCOMA DE EWING

É a segunda malignidade óssea mais comum em crianças, ocorre preferencialmente entre os 10 aos 20 anos. Incide mais em meninos e é raro em negros. Pode ser originária do osso, como também de tecidos moles.

Sinais e sintomas

- ✓ Dor e edema no local da tumoração;
- ✓ Febre;
- ✓ Fratura patológica.

Diagnóstico

- ✓ Tomografia;
- ✓ Ressonância;
- ✓ Cintilografia;
- ✓ Biópsia.

Tratamento

- ✓ Cirurgia
- ✓ Quimioterapia;
- ✓ Radioterapia

TUMOR RENAL

O tumor de Wilms ou nefroblastoma é o mais comum câncer renal pediátrico. Atinge principalmente crianças entre os 2-3 anos de idade. Apresentam grande associação com anomalias congênitas, particularmente hemi-hipertrofia, aniridria e malformações genitais (criptorquidia, hipospadia e disgenesia gonadal).

Pode em 90% dos casos ser curável.

Sinais e sintomas

- ✓ Massa abdominal, geralmente assintomática, observada pelos pais ao dar banho na criança;
- ✓ Dor abdominal;
- ✓ Hematúria macro ou microscópica;
- ✓ Hipertensão arterial.

Diagnóstico

- ✓ Ultrasonografia,
- ✓ Tomografia;
- ✓ Urografia excretora;
- ✓ Cirurgia.

Tratamento

- ✓ Cirurgia;
- ✓ Quimioterapia;
- ✓ Radioterapia.

TUMOR OCULAR

O retinoblastoma é o tumor ocular mais freqüente em pediatria e origina-se de células embrionárias neurais da retina. Sua incidência está em torno de 11 novos casos/ milhão em crianças menores de 5 anos. Pode comprometer um ou os dois olhos (bilateral), sendo o unilateral mais freqüente. Embora não diagnosticado ao nascimento, o retinoblastoma é congênito e afeta crianças menores, sendo raro após os 6 anos.

Sinais e sintomas

- ✓ Estrabismo;
- ✓ Sensação de “areia nos olhos”;
- ✓ Leucocoria (mancha branco-amarelada na pupila);
- ✓ Reflexo do olho do gato;
- ✓ Edema periorbitário.

Diagnóstico

- ✓ Fundo de olho;
- ✓ Ultrasonografia;
- ✓ Tomografia;
- ✓ Cirurgia.

Tratamento

- ✓ Cirurgia;
- ✓ Quimioterapia;
- ✓ Radioterapia.

TUMORES DE CÉLULAS GERMINATIVAS

São tumores que ocorrem nas gônadas (testículos e ovários) e em regiões extra gonadais (mediastino, SNC, região cervical). São pouco freqüentes em crianças, equivale a 1% das neoplasias antes dos 15 anos.

Sinais e sintomas

- ✓ Massas abdominais;
- ✓ Dor abdominal crônica ou aguda;
- ✓ Tumorações em região sacrococcígea ao nascimento;
- ✓ Puberdade precoce;
- ✓ Massas em testículos.

Diagnóstico

- ✓ Ultrasonografia;
- ✓ Tomografia;
- ✓ Dosagem beta-HCG;
- ✓ Alfa-fetoproteína;
- ✓ Cirurgia.

Tratamento

- ✓ Cirurgia;
- ✓ Quimioterapia.

NEUROBLASTOMA

É a neoplasia mais freqüente diagnosticada em lactentes, sendo o tumor sólido extracraniano mais comum em crianças. Acomete mais meninos, principalmente abaixo dos 5 anos, sendo raro após os 10 anos. Podem ocorrer em qualquer região dos gânglios nervosos, do crânio ao cóccix e glândula adrenal.

Sinais e sintomas

- ✓ Em 70% dos casos ocorre como massa abdominal;
- ✓ Dor abdominal;
- ✓ Perda de peso;
- ✓ Irritabilidade;
- ✓ Hipertensão;
- ✓ Dores ósseas;
- ✓ Equimose periorbitária;
- ✓ Proptose;
- ✓ Paraplegia;
- ✓ Movimentos rotatórios dos olhos e ataxia (opsomoclonus);
- ✓ Diarréia secretora grave.

Diagnóstico

- ✓ Biópsia medula óssea;
- ✓ Tomografia;
- ✓ Cirurgia;
- ✓ Dosagem do ácido vanilmandélico;
- ✓ Cintilografia com MIBG.

Tratamento

- ✓ Cirurgia;
- ✓ Quimioterapia;
- ✓ TMO;
- ✓ Radioterapia
- ✓ MIBG.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sinais e sintomas do câncer infantil podem ser confundidos com outras doenças benignas, cabe ao pediatra ter cautela no acompanhamento destas crianças e na suspeita de câncer encaminhar ao oncologista pediátrico.

A massa abdominal é uma apresentação freqüente do câncer infantil, palpar sempre o abdome de crianças nos exames físicos de rotina, mesmo na ausência de queixas, além de orientar aos pais a observação de mudanças no volume abdominal, como medida preventiva.

Os pediatras devem sempre lembrar que a aferição da pressão arterial também pode ser importante sinal na detecção de certos tumores abdominais.

Esperamos que este manual possa auxiliar no esclarecimento dos sinais e sintomas precoces do câncer infantil.

A MPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO ATUAL EM ONCOLOGIA E O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL

*Maria Neide Borba Maia Filha
Telma Maria Gomes
Assistentes Sociais*

MORTALIDADE POR CÂNCER

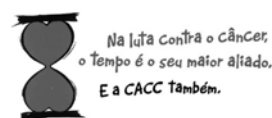
Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano o câncer atinge pelo menos 9 milhões de pessoas e mata cerca de 5 milhões, sendo atualmente a segunda causa de morte por doença na maioria dos países, seguida pelas cardiovasculares.

A OMS alerta que se medidas de prevenção e controle não forem tomadas a incidência de câncer aumentará em 100% dentro dos próximos 20 anos. Isto ocorrerá principalmente em países em fase de desenvolvimento, alguns desses lutando para solucionar problemas básicos de saúde, como as doenças infectoparasitárias e a desnutrição.

Em se tratando dos tumores na infância, epidemiologicamente, tem-se observado desde 1970, aumento linear das taxas de cura e paralelamente, um aumento progressivo das taxas de incidência dos tumores na criança, sobretudo as leucemias, tumores do sistema nervoso central (SNC), os linfomas de hodgkin, tumores de Wilms e retinoblastoma entre outros. (Brasil, 1977).

A PREVENÇÃO

A conscientização da população sobre o câncer e o estímulo às mudanças de comportamento são ações fundamentais para a prevenção primária do câncer. Esse processo tem como base o desenvolvimento de ações educativas no sentido de desmistificar a doença, assim como informar sobre as possibilidades de evitá-la. Segundo a Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) a educação, em seus diversos aspectos, é a pedra fundamental do tripé básico da oncologia: assistência, pesquisa e educação.



O CÂNCER E O SERVIÇO SOCIAL

O estigma cultural do câncer e o que este representa para a sociedade impõe ao homem uma luta permanente que vai além das agressões da doença. O câncer faz o homem lembrar de sua condição finita e ainda desperta nas pessoas sentimento contraditório de rejeição e medo.

Por se enquadrarem num contexto de precariedade social e de pouco ou nenhum acesso às informações e ainda pelo nível de compreensão acerca da doença a população menos favorecida é mais afetada.

É, portanto de fundamental importância o papel do Assistente Social no enfrentamento das questões que perpassam pelo preconceito e tabus que envolvem a doença, cabendo ao profissional tentar desmistificar e esclarecer as questões acerca do câncer, através de ações de caráter educativo, tendo como foco principal o homem em suas relações sociais, dentro de uma prática fundamentada nos direitos à saúde e assistência integral ao cidadão. Segundo Cruz, “esta é uma prática chamada de orientação social, que tem caráter pedagógico e possibilita a absorção de conhecimentos e reflexões. Trata-se de um nível de atendimento a segmentos vitimados pela exclusão social, em que uma de suas faces é o não acesso a conhecimentos, enquanto um dos produtos da sociedade”.

No desenvolvimento das atividades voltadas para o diagnóstico precoce do câncer infantil caberá ao Assistente Social:

- ✓ Participar de campanhas educativas, estimulando a incorporação efetiva de informações à população, utilizando canais para alcançar a comunidade de forma contínua e dentro da sua rotina;
- ✓ Elaborar e participar de pesquisas junto à equipe;
- ✓ Buscar parcerias junto às autoridades públicas municipais e estaduais na luta contra o câncer;

DIAGNÓSTICO PRECOCE EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

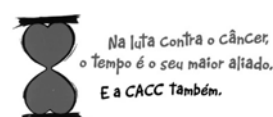
Maria Jaqueline Gomes
Psicóloga

CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER INFANTIL

O câncer infantil constitui um grupo heterogêneo de enfermidades com etiologia, tratamento e prognóstico diferentes, sendo considerada a 2º causa de morte na infância, nos países desenvolvidos, depois dos acidentes.

Devido ao seu estigma de dor, sofrimento e morte, trazem consigo uma complexidade de emoções e reações para o paciente e seus familiares, a partir do momento em que é vista como um acontecimento desorganizador e catastrófico na dinâmica familiar. Embora as conseqüências emocionais em geral possam ser semelhantes entre os pacientes, a forma de enfrentamento da doença trata-se de uma questão individual. A adaptação ao câncer deve ser considerada como um processo dinâmico e flexível que depende de vários fatores:

- 1) **Momento de vida em que o paciente recebe o diagnóstico** - incluindo a idade do paciente, seu nível de desenvolvimento psicoevolutivo, características do funcionamento familiar, presença de fatores externos estressantes, situação sócio-econômica e cultural;
- 2) **Experiências passadas em relação ao câncer** - pacientes que vivenciaram a doença com resultados positivos entre pessoas de sua convivência, tendem a encarar o seu próprio diagnóstico mais positivamente do que aqueles que presenciaram insucessos;
- 3) **Conhecimento da própria enfermidade** - tipo de câncer, efeitos colaterais, tratamento e conseqüências relacionadas à evolução da doença;
- 4) **Preconceitos culturais** - reforçam o câncer como uma sentença de morte, influenciando nas emoções/comportamento dos pacientes e familiares;
- 5) **Informações obtidas através dos meios de comunicação** - geralmente notícias sobre o câncer são utilizadas pela mídia de



forma sensacionalista, sendo difícil para a população distinguir entre riscos reais ou hipotéticos.

O IMPACTO PSICOLÓGICO DO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER

A resposta inicial a um diagnóstico de câncer é de ansiedade, choque, atordoamento e instabilidade emocional devido ao medo do futuro incerto e das perdas conseqüentes do tratamento.

"Na trajetória do câncer, a ansiedade se manifesta precocemente, mesmo durante os diversos momentos do diagnóstico. Depois, continua durante o tratamento e pós-tratamento. E ao contrário do que possam pensar clínicos menos sensíveis, não se trata de um "problema do paciente" se ele estiver demasiadamente ansioso. Isso porque a ansiedade pode comprometer significativamente o sucesso do tratamento e, conseqüentemente, comprometer o sucesso do médico. Portanto, atender às questões emocionais do paciente corresponde a melhorar substancialmente o tratamento clínico" (BALLONE, 2002).

A CRIANÇA COM CÂNCER

O diagnóstico do câncer provoca na vida da criança uma série de mudanças. Rapidamente a sua rotina é alterada, já que a partir de agora ela passará por internações hospitalares, exames invasivos e dolorosos para avaliação de diagnóstico e tratamento médico.

As crianças com câncer, inclusive as muito pequenas, sentem que algo grave está acontecendo em seu corpo, percebem a angústia dos familiares e mais cedo ou mais tarde acabam sabendo que tem câncer. A informação precoce à criança sobre sua enfermidade favorece uma boa adaptação à mesma.

"Contar o mais cedo possível, de acordo com a idade, o nível de compreensão e de conhecimento da criança, assegura-lhe condições de fazer seus questionamentos, de chorar, de se deixar consolar e de ter confiança" (VALLE, 1997).

O ADOLESCENTE COM CÂNCER

A adolescência é um período permeado por mudanças, e tem como características a busca de identidade própria, aquisição de independência dos pais, questionamentos dos valores e estabelecimento de relações de afeto com indivíduos da mesma idade.

Nesta fase o adolescente já lida com o conceito de câncer, entendendo as repercussões da doença. A crise diante da comunicação do diagnóstico vem juntar-se à crise já existente pelos conflitos naturais da idade.

A mudança dos planos futuros traz sentimentos de raiva, medo e frustração, pois neste momento haverá toda uma alteração da realidade até então vivida. Em um momento onde o desejo de expansão, independência e valor a imagem corporal predomina, o adolescente vê-se limitado à rotina dos hospitais, exames clínicos e efeitos colaterais do tratamento que provocarão consequentemente alteração na sua auto-imagem, nas relações interpessoais, além da necessidade de adequar-se às normas estabelecidas pela equipe médica e instituição.

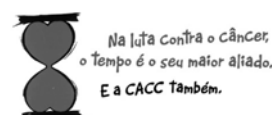
A FAMÍLIA

O diagnóstico do câncer é de um forte impacto para a família, que busca uma explicação para o seu sofrimento, necessitando aceitar um tratamento rigoroso e longo sem ter a garantia da cura do paciente.

Sentimentos de culpa, medo e angústia existencial permeiam este momento de profundas transformações na dinâmica familiar. Há a partir de agora necessidade de que a família reorganize suas funções, modifiquem as relações entre os seus membros, seus valores e expectativas do futuro. Devendo os ajustes ser feitos segundo as exigências dos cuidados que o paciente necessita.

De um modo geral, após o diagnóstico e durante o tratamento realizado, os pais apresentam momentos de maior otimismo e outros de desesperança e ameaça de perda.

"Os pais precisam de esperança para poder viver o cotidiano de ter um filho com câncer, a chamada patologia da incerteza. Não ter esperança é fechar-se para o futuro, mesmo o mais imediato" (VALLE, 1997).



O apoio e suporte psicológico aos pais são fatores essenciais para que os mesmos possam serem ajudados a compreender e lidar melhor com a situação vivida. Para isso se faz preciso uma comunicação franca e aberta acerca da doença e tratamento do paciente, de modo a favorecer o vínculo de confiança que possibilitará aos mesmos sentirem-se seguros e acolhidos.

REAÇÕES PSICOLÓGICAS AOS TRATAMENTOS DE CÂNCER

De acordo com Garcia e et al as reações psicológicas ocasionadas com o tratamento do câncer são:

QUIMIOTERAPIA – alguns pacientes recebem como assustadora a idéia da realização da quimioterapia, outros mais positivamente por isto significar que existe tratamento para doença. Os efeitos colaterais do tratamento como a alopecia, náuseas, vômitos, cansaço e fraqueza provocam dificuldades nas funções pessoais, trazendo impacto no dia-a-dia.

CIRURGIA – o sentimento normal diante de qualquer cirurgia é de medo e ansiedade. Quando se trata de câncer esses sentimentos tomam proporções maiores.

Reações emocionais adversas ocorrem quando a cirurgia implica em mutilação, especialmente mama, órgãos genitais, membros, etc.

Existem dois determinantes que influenciarão a adaptação do paciente a uma cirurgia de câncer:

1. A combinação das variantes médicas que incluem chances de cura, tratamentos, conseqüências da cirurgia ou possibilidades de reabilitação;
2. Questões relativas ao paciente como a forma de lidar com o diagnóstico, tratamento, procedimento cirúrgico e conseqüências, estado emocional do paciente e relacionamento estabelecido com o cirurgião.

RADIOTERAPIA – os pacientes submetidos à radioterapia apresentam intensas reações emocionais como ansiedade, depressão, raiva e angústia, muitas vezes relacionados a crenças irracionais:

- ✓ O tratamento trará queimaduras dolorosas;
- ✓ O aparelho de radioterapia irá cair sobre eles;
- ✓ Haverá excesso de irradiação;
- ✓ Sua doença é incurável;
- ✓ Poderão contaminar outras pessoas com a radiação;
- ✓ Serão esquecidos na sala de tratamento;
- ✓ Efeitos colaterais serão irreversíveis;
- ✓ O tratamento não trará resultado satisfatório devido a radiação indolor, aparelho sem cheiro e barulho.

A COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

A comunicação do diagnóstico deve ser dada pelo médico, podendo ser realizada também junto à equipe profissional. Neste caso deve-se ter o cuidado de homogeneidade nas informações, evitando opiniões divergentes.

Trata-se de um processo dinâmico, onde uma comunicação aberta, franca e correta, já é de utilidade terapêutica. Estudiosos concordam que a comunicação do diagnóstico deve ser acompanhada pelo sentimento do médico de compartilhar não só o momento do diagnóstico, mas de que a relação entre ele e seu paciente seja duradoura e amigável.

O DIAGNÓSTICO PRECOCE - POSSIBILIDADES NO TRATAMENTO DO CÂNCER

Uma das maiores preocupações no que tange ao trabalho desenvolvido com pacientes oncológicos é o diagnóstico tardio da doença que traz como consequência diminuição das possibilidades de cura. Na nossa realidade, grande parte das famílias procede do interior do estado, sendo difícil o acesso a serviços especializados. Na sua maioria os pacientes pertencem a famílias de nível

sócio-econômico e cultural precário e desinformado acerca do câncer infantil, o que retarda o processo de diagnóstico.

O diagnóstico precoce aumenta as chances de cura, sobretudo dos pacientes, propiciando melhor acompanhamento da evolução da doença e resposta ao tratamento. Emocionalmente contribui para a minimização do stress vivido por pacientes e pais, pois estes sentem ampliarem-se às possibilidades de sucesso no tratamento.

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO DIAGNÓSTICO PRECOCE

- ✓ Realizar palestras informativas de cunho educativo sobre Psicologia/Câncer;
- ✓ Minimizar a incidência de disfunções emocionais nos pacientes e familiares;
- ✓ Aliviar o sofrimento emocional diagnosticando e tratando os transtornos prévios ou decorrentes da situação clínica do paciente;
- ✓ Auxiliar os pais a compreenderem seus sentimentos com relação ao filho para que a situação seja vivenciada de modo menos traumático;
- ✓ Favorecer a integração da equipe profissional, visando a boa interação entre os membros de modo a favorecer um bom resultado no trabalho desenvolvido junto aos pacientes e pais.

A ESCOLA E A PREVENÇÃO

Isabel Cristina Correia de Lima Lima
Arte Educadora

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a educação de qualquer indivíduo é responsabilidade dos Pais em primeiro lugar, da Escola e dos outros grupos sociais em que estiver inserido: Igreja, clubes sociais, amigos e outros.

O ritmo acelerado e tenso da vida moderna estimulada por pressões sócio-econômicas faz com que os pais não consigam dar a atenção devida a seus filhos nem mesmo no tempo livre que lhes sobra. Assim, passa a existir falhas na transmissão de valores, formação de hábitos e atitudes, nas relações interpessoais e na formação de suas próprias emoções.

Existem ainda aqueles pais que por falta de instrução desconhecem seus direitos como cidadãos não conseguindo tornar-se protagonistas de suas histórias de vida estando também impossibilitados de orientar sua família.

Assim a escola passa a ser considerada o principal lugar para a formação do indivíduo mesmo tendo uma missão específica que é a de transmitir conhecimentos, experiência, saber, crenças e valores que dotam seus alunos de dignidade tornando-os sujeitos de direitos prontos para atuar no contexto social que está inserido.

A escola não pode fazer tudo sozinha, mas não pode esquecer que crianças - aquelas que serão adultos - passam grande parte do seu dia a dia dentro da escola. Para muitas talvez seja o único momento em que além de receber ensinamentos básicos para a vida recebem também atenção e cuidado.

Dessa forma passamos a ter uma visão ampliada da importância do papel da escola na vida de todos aqueles que têm vínculo com as unidades de ensino.

A IMPORTÂNCIA DO EDUCADOR NO DIAGNÓSTICO PRECOCE

É vital que o professor aproprie-se do papel de agente interventor na vida de seus educandos. Não cabe mais se considerar somente mero transmissor de conhecimentos.

Paulo Freire em seu livro *Pedagogia da Autonomia* diz algo bastante pertinente:

“Posso saber Pedagogia, Biologia como Astronomia, posso cuidar da terra e até navegar. Mas me movo como Educador porque, primeiro me movo como gente”.

Entendo que antes de qualquer relação profissional o professor precisa sentir como gente, agindo com solidariedade, humildade, zelo e cuidado com aqueles que divide quatro horas diariamente durante a semana.

Seria ingênuo desconsiderar todas as dificuldades que os educadores nos dias atuais enfrentam no exercício de sua profissão. É importante conscientizar-se que não há exercício eficaz do magistério sem reflexos em nós mesmos.

É preciso haver o olhar atento do Professor sobre seus alunos para que projetos maiores dos que propostos nos currículos possam acontecer aproveitando todas as oportunidades apresentadas pelos alunos. Assim as aulas serão mais enriquecedoras e participativas.

Além disso, a postura perceptiva do professor poderá ser fundamentalmente importante no encaminhamento de pesquisas médicas mediante a apresentação por parte do aluno de sintomas inadequados. Cita-se, como exemplo, aquele aluno que ao copiar do quadro troca letras, não consegue copiar a tempo todo o exercício, franze o rosto constantemente, pode não ser nada, mas pode ser o indicativo de algum distúrbio visual. Se meu aluno não enxerga bem o aprendizado está comprometido.

O aluno que reclama de dor de barriga, dor de cabeça, mal-estar, enjôo, de forma repetida, geralmente no mesmo horário, pode ser só uma indisposição, mas é importante que os pais sejam comunicados para uma observação detalhada.

A criança muito calma, nem sempre é “quieta” ou “mole”. Pode estar com conflitos emocionais, problemas musculares, anemia, problema auditivo e outras coisas.

Esses pequenos sintomas podem ser de fundamental importância para a realização de um diagnóstico precoce.

Certa vez observou-se que um aluno apresentava uma lentidão discreta em relação ao grupo para sentar na roda, levantar do chão, acompanhar o grupo na corrida e junto com outros professores extra-classe começamos a observar o aluno em todos os seus momentos dentro da escola. Unanimemente achamos que os pais deveriam ser informados. Infelizmente nossas suspeitas tiveram fundamento. Ele era portador de uma doença degenerativa dos músculos.

Ser um Educador Autônomo é antes de tudo sentir-se responsável pela vida de cada aluno que passa por nossa mão.

PAPEL DO NUTRICIONISTA NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER INFANTIL

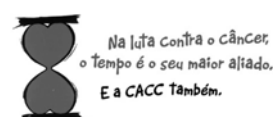
Dayse Lima dos Santos
Nutricionista

CÂNCER E NUTRIÇÃO

O alimento e a alimentação significam mais que o fornecimento de nutrientes para o crescimento e manutenção do organismo. O desenvolvimento das habilidades de se alimentar, os hábitos alimentares e o conhecimento de nutrição fazem parte do processo de desenvolvimento cognitivo que acontece em uma série de estágios, cada um assentando a base para o próximo.

A alimentação correta pode prevenir cerca de 35% dos casos de câncer e quando a doença já está instalada pode paralisar o crescimento do tumor e até fazê-lo regredir.

A idéia de que a nutrição é um importante fator no risco de câncer não é novidade. Yong-he-yan, que viveu na Dinastia de Song (960 – 1279 AD), acreditava que a nutrição era a causa para a condição que hoje conhecemos como câncer de esôfago. Wiseman (1676) sugeriu que o câncer poderia ocorrer devido a um erro alimentar, uma acidificação provocada pelas carnes e bebidas, e sugeria que não fossem ingeridas carnes cruas, salgadas ou em grandes pedaços. Lambe (1815) advertia, em seu tratado sobre dieta, câncer e doenças crônicas, contra o perigo do consumo excessivo de alimentos em geral e de carnes em particular. Bennet (1849) escreveu que “as circunstâncias que diminuem a obesidade e a tendência à formação de gordura parecem ser, a priori, opostas à tendência ao câncer”. Shaw (1907), receitava uma “dieta prudente” feita para reduzir o risco de câncer, com mais alimentos de origem vegetal, menos alimentos de origem animal, menos álcool e tabaco. Durante a primeira metade do Século XX, duas hipóteses sobre as causas ambientais do câncer foram desenvolvidas: a ocupacional e a da dieta. Em 1937, Hoffman, um dos fundadores da American Cancer Society, fez uma revisão da literatura existente até então e concluiu que “a nutrição excessiva se não é a principal causa, é, pelo menos, um fator de primeira importância para o aparecimento do câncer”. Na segunda metade do século XX, a teoria da dieta como originadora do câncer tenderam a diminuir em favor de teorias alternativas de que o

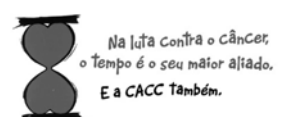


câncer é tanto um erro genético aleatório quanto uma exposição a vírus e agente químicos carcinógenos. Em 1972, Davidson em seu livro “Human Nutrition and Dietetics”, incluiu apenas pequena referência no texto, a respeito da relação entre a dieta e o câncer. Em décadas recentes, a atenção está voltada para vários alimentos e nutrientes como modificadores do risco de câncer, e o pensamento atual é uma síntese dos achados experimentais e epidemiológicos do Século XX. Nos Estados Unidos, em 1975, o Instituto Nacional do Câncer, e a Associação Americana do Câncer, após um simpósio intitulado “Nutrition in the Causation of Câncer”, recomendaram uma dieta com menos gordura, menos carne, menos colesterol, menos alimentos em geral e mais frutas, vegetais e cereais, especialmente os alimentos crus. Doll e Peto (1981) ratificaram essas idéias na revisão “The Causes of Câncer” e acrescentaram que a dieta seria, em breve, mostrada como um fator determinante na alta freqüência do câncer de estômago, intestino grosso, endométrio, vesícula biliar, fígado, pâncreas e mama. Em 1982, a Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos publicou um livro intitulado “Diet, Nutrition and Cancer”, com revisão em 1996, que confirmava a posição de que “existe grande evidência de que a incidência de câncer é determinada por vários fatores externos que são controláveis e a opção pela adoção de uma dieta que reduza os riscos é uma das medidas que pode diminuir a incidência de câncer em um terço”.

É possível reduzir o risco de câncer fazendo escolhas simples, tentar ter uma dieta variada e bem balanceada que inclua: uma quantidade de gêneros e alimentos com alto teor de fibras, vitaminas e minerais, ao mesmo tempo evitando alimentos gordurosos e industrializados em geral.

A NUTRIÇÃO E O CÂNCER INFANTIL

Apesar de não poder ser prevenido como os cânceres em adultos, o câncer infantil é mais sensível aos tratamentos e por isso mais fácil de ser curado, porém a grande arma contra o câncer infantil é o diagnóstico precoce. Mudanças de atitudes, hábitos em geral ou disposição nas crianças, geralmente devem ser investigados.



A NUTRIÇÃO NO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Por fazer parte da equipe de saúde, o nutricionista tem um papel fundamental na detecção de alguns sintomas que possam sugerir a presença de um câncer. Por exemplo, durante o exame clínico e físico em uma consulta de avaliação nutricional, o nutricionista pode verificar:

- ✓ Presença ou aumento de massa em qualquer parte do corpo;
- ✓ Náuseas e/ou vômito sem causa aparente;
- ✓ Distúrbios gastrointestinais freqüentes;
- ✓ Perda de peso contínua;
- ✓ Alterações em exames bioquímicos e hemograma.

ATUAÇÃO DA ODONTOLOGIA NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO TRATAMENTO DE CÂNCER

Simone de Melo Norat Campos
Cirurgiã Dentista

É cada vez maior a participação de equipes multidisciplinares em centros especializados de tratamentos oncológicos. A odontologia tem atuado de forma ativa nesses grupos com o objetivo de proporcionar melhores condições de saúde bucal durante o tratamento quimioterápico e/ou radioterápico

A ODONTOLOGIA E A QUIMIOTERAPIA

A quimioterapia antineoplásica determina estados sistêmicos de imunodepressão, representados por leucopenia, anemia e plaquetopenia. Na cavidade oral ocorre um fenômeno de mucosite, advindo do efeito citotóxico dos agentes quimioterápicos contra as células da mucosa. Com isso, as alterações da quimioterapia que se expressam na boca são basicamente infecções e sangramentos, que muitas vezes pioram muito o estado geral dos pacientes, levando à interrupção do tratamento.

AValiação ODONTOLÓGICA PRÉ-QUIMIOTERAPIA

Todos os pacientes que serão submetidos à quimioterapia devem realizar uma cuidadosa avaliação odontológica prévia, visando a identificação de possíveis portas de entrada de infecções durante os períodos de leucopenia. Dentes em mau estado ou com cáries, inflamação gengival, infecções apicais, má higiene, são fatores de risco para complicações infecciosas durante as fases de intensa imunodepressão. Para que se possa prevenir este tipo de complicações é necessário realizar o preparo do meio bucal, eliminando-se todos estes focos de infecção.

Foi com esse objetivo, de proporcionar um tratamento dentário pré-quimioterapia que o serviço odontológico da CACC Durval Paiva foi implantado dando uma melhor qualidade de vida a essas pessoas, mas infelizmente ainda observamos crianças/adolescentes que já chegam a Casa em tratamento médico.

A mucosite oral é tão intensa quanto for precário o índice de higiene oral, dessa forma os pacientes devem ser orientados sobre as formas adequadas de realizar esta higiene, principalmente nas fases de plaquetopenia quando o risco de sangramento gengival espontâneo ou acidental durante a escovação é muito alto.

CONDUTA ODONTOLÓGICA DURANTE A QUIMIOTERAPIA

Nas fases de acentuada leucopenia, estão contra-indicados todos os atos odontológicos, sob o risco de causar sérias complicações sistêmicas. Além disso, o estado plaquetopênico também contra-indica qualquer manipulação para se evitar hemorragias. Dessa forma é fundamental que o cirurgião dentista esteja engajado na equipe de tratamento para que possa prevenir complicações odontológicas na pré-quimioterapia ou minimizar estados dolorosos ou infecciosos durante o ciclo quimioterápico. Todos os procedimentos odontológicos devem ser postergados para as fases seguintes pós-quimioterapia.

É necessário que medidas profiláticas sejam tomadas para se reduzir o risco de mucosite, sendo que a administração de bochechos de clorexidina a 0,12% é uma das formas mais efetivas de se controlar estes quadros.

Após a quimioterapia o paciente é praticamente normal do ponto de vista odontológico, devendo-se apenas ter cuidado com o completo restabelecimento das taxas sanguíneas.

ODONTOLOGIA E A RADIOTERAPIA

O emprego da radioterapia em neoplasias de cabeça e pescoço é largamente utilizado, sendo que muitos efeitos colaterais advêm desta modalidade terapêutica, sendo que o cirurgião dentista tem um significado papel na prevenção e tratamento destas complicações. As principais seqüelas da irradiação em campos de cabeça e pescoço são:

Mucosite: complicação oral de origem inflamatória, decorrente da ação direta da irradiação sobre as células epiteliais da mucosa, impedindo a sua multiplicação e recobrimento normal das estruturas bucais, causando exposição do tecido conjuntivo que suscita

infecções oportunistas bacterianas e fúngicas. Esta complicação ocorre durante a irradiação, apresentando regressão e cura 10 a 15 dias pós-irradiação. O cirurgião dentista pode atuar, melhorando as condições locais da boca e reduzindo a chance de complicações infecciosas, com a administração de anti-sépticos específicos, como por exemplo, a clorexidina a 0,12%.

Xerostomia: comumente as glândulas salivares maiores estão incluídas nos campos de irradiação, sendo que sofrem alterações acinares importantes, que levarão a modificações tanto da quantidade como da qualidade da saliva produzida. Há uma significativa redução da capacidade tampão da saliva, além da falta de lubrificação dos tecidos orais e redução da limpeza natural dos dentes. Uma das principais queixas do paciente irradiado é a boca seca e a dificuldade para alimentação e higienização. Estas seqüelas são permanentes e devem ser minimizadas com correta orientação sobre as formas adequadas de higienização, além do uso de salivas artificiais e líquidos constantemente.

Perda do paladar: em decorrência da irradiação das papilas gustativas linguais, ocorre uma profunda alteração do paladar, fazendo com que os pacientes restrinjam ainda mais a sua alimentação, uma vez que passam a não suportar a maioria dos alimentos. Na maior parte das vezes, esta substituição faz com que a dieta seja ainda mais cariogênica, pois a preferência dos pacientes é por alimentos pastosos e adocicados.

Trismo: quando a musculatura mastigatória está envolvida nos campos da irradiação, é comum o desenvolvimento de uma fibrose muscular que acarreta dificuldades para abertura bucal, o que piora a mastigação e a higienização oral.

Cárie de irradiação: as estruturas dentais sofrem alterações químicas e físicas, fazendo com que o esmalte dental fique facilmente destacável da dentina, sendo que a capacidade de reação da dentina aos estímulos externos também seja diminuída. Estes fatos, aliados às alterações qualitativas e quantitativas da saliva e às alterações alimentares e dificuldade de higienização, propiciam o aparecimento de um processo carioso muito mais agressivo e rápido, que é denominado cárie de irradiação. As características básicas deste processo são as de iniciar na região cervical dos dentes (colo), apresentar progressão rápida em direção à polpa, podendo levar à total desmineralização da coroa dental e sua “amputação”. É comum o dente apresentar-se mole nos primeiros anos pós- radioterapia.

Osteorradionecrose: a irradiação de estruturas ósseas provoca uma alteração dos pequenos capilares sanguíneos intra-ósseos, denominada endarterite obliterante. Este fato leva a uma diminuição do suporte nutricional normal da estrutura óssea, possibilitando o aparecimento de processos necróticos que freqüentemente estão associados a traumas cirúrgicos ou acidentais ocorridos pós-irradiação. Uma simples extração dentária é um procedimento contra-indicado e de alto risco, uma vez que pode desenvolver este quadro de necrose óssea. O tratamento da osteorradionecrose é de difícil execução, pela dificuldade em delimitar, a área que aparentemente estava sadia pode necrosar após a contaminação. O risco de desenvolver este quadro é maior no osso mandibular, pelas características anatômicas de irrigação, porém também pode ocorrer na maxila, sendo que pode ocorrer que doses acima de 3500cGy forem aplicadas no tecido ósseo e este posteriormente for agredido por qualquer fator, principalmente cirúrgico ou infeccioso.

AVALIAÇÃO E CONDUTA ODONTOLÓGICA PRÉ-RADIOTERAPIA

O cirurgião-dentista e o radioterapeuta são os responsáveis pela prevenção e tratamento destas complicações orais, cabendo ao cirurgião-dentista um importante papel para minimização destas seqüelas. É fundamental uma completa harmonia entre os dois profissionais, para que as condutas sejam tomadas no momento certo, prevenindo-se muitas iatrogenias.

Uma avaliação complexa e sistemática deve ser conduzida pelo cirurgião dentista, avaliando uma série de fatores, como condições orais e dentárias, sócio econômicas e culturais. Planejamento e prognóstico oncológico, além das próprias motivações pessoais do paciente e recursos disponíveis para tratamento. Após a avaliação e correlação entre todas estas variáveis é que se decidirá sobre a melhor conduta odontológica em cada caso, a fim de se prevenir às seqüelas.

Os pacientes que apresentarem dentes em mau estado ou risco de desenvolver cárie de irradiação e osteorradionecrose devem ter todos os elementos dentais extraídos na pré-radioterapia, sendo que nos casos em que se decidir manter os dentes, os pacientes deverão ser cuidadosamente orientados sobre os efeitos colaterais e as maneiras de os prevenir. Os pacientes devem ser exaustivamente orientados sobre as medidas preventivas de placa bacteriana, uso de flúor, visitas regulares ao dentista, etc.

AVALIAÇÃO E CONDUTA ODONTOLÓGICA NA TRANS E PÓS-RADIOTERAPIA

Cabe ao cirurgião-dentista o controle e manipulação dos efeitos radioterápicos como xerostomia e mucosite, através da terapia de suporte com o uso de anti-sépticos, anti-inflamatórios e saliva artificial.

A ODONTOLOGIA E ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

A quimioterapia é uma das formas de tratamento mais utilizadas nas crianças portadoras de neoplasias malignas, sendo que todas as complicações orais apresentadas no adulto também ocorrem nas crianças. Um aspecto por demais

importante é que, além dos efeitos imediatos, as crianças poderão sofrer seqüelas tardias dessas drogas, principalmente porque afetam todos os tecidos que estão em desenvolvimento naquele momento.

A cavidade oral e principalmente os dentes são estruturas muito afetadas, podendo freqüentemente ser observados distúrbios da odontogênese, que variam desde hipoplasias de esmalte, afilamento de raízes, alargamento de câmara pulpar, até a ausência de elementos dentais.

Estas seqüelas tardias, no passado, não eram muito consideradas, mas com o progresso das formas terapêuticas e a melhoria acentuada no prognóstico dessas crianças, estes fatos assumem uma importância muito grande, porque interferem na qualidade de vida das mesmas.

A supervisão odontológica meticulosa é a chave da manutenção dessa dentição alterada, cabendo ao cirurgião-dentista através dos conhecimentos de dentística, periodontia, implantes e ortodontia, procurar proporcionar para essas crianças perspectivas mais satisfatórias quanto à reabilitação integral.

DEVIDO ÀS CIRCUNSTÂNCIAS DESCRITAS, ALGUNS CUIDADOS ODONTOLÓGICOS DEVEM SER TOMADOS:

- ✓ Durante o tratamento quimio e/ou radioterápico não devem permanecer focos de infecções dentárias;
- ✓ Os pacientes devem ser submetidos a avaliações odontológicas prévias e durante todo o tratamento;
- ✓ Quando isso não for possível, devem ser encaminhados ao dentista no período em que possam ser submetidos aos tratamentos necessários;
- ✓ Todos devem ter acesso a tratamento odontológico preventivo, curativo e emergencial;
- ✓ Em caso de aplasia, todo e qualquer procedimento odontológico deve ser evitado;
- ✓ Havendo a necessidade de tratamento odontológico, o dentista deve sempre entrar em contato com o médico responsável, para discussão do planejamento terapêutico.

CUIDADOS ESPECIAIS

- ✓ A prioridade bucal deve ser sempre no sentido de remover focos infecciosos;
- ✓ Não há restrição quanto ao tipo do anestésico a ser utilizado;
- ✓ O paciente não deve ser medicado sem consulta prévia ao médico responsável;
- ✓ Não há restrições aos tratamentos odontológicos: todos devem ser realizados da forma tecnicamente correta.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- PIZZO P, Poplack D. Principles and practice of pediatric oncology. 4nd
Philadelphia: Lippincott-Ravan; 2001
- LANZKOWSKY P, *et al* . Manual of Pediatric Hematology and Oncology. 2nd .
New York: Churchill Livingstone; 1995
- WALDO N, *et al*. Tratado de Pediatria. 15nd . Rio de Janeiro: Guanabara
Koogan; 1997
- RIBEIRO R. Hematologia Pediátrica para o pediatra geral. 1nd . Curitiba
Relisul; 1989
- GARCIA, Ivonete; KOSMINSKY, Flávia Chwartzmann. Aspecto Psicossociais do
paciente em radioterapia. In: SALNAFOLI, João Victor. Radioterapia em Oncologia:
Medsi. cap.13, p267-273.
- VALLE, Elizabeth Ranier Martins do. Câncer Infantil: compreender e agir. São Paulo;
Editorial Psy, 1997. 107p.
- SANTOS, Maria Edilair Mota. A Criança e o Câncer: desafios de uma prática em
psico-oncologia. Recife: Copyright, 2002. 63p.
- PEREIRA, J.L.; PALANCA, I. Psicooncologia pediátrica. Disponível
em: <http://www.psicooncologia.org/articulos>. Acesso em: 17 Jun. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA . Coordenação de
programas de controle do câncer – PRO-ONCO. O problema do câncer no
Brasil. 4ed. Rio de Janeiro: INCA/PRO-ONCO, 1997. 60p.
- FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO – FOSP. História, objetivos,
organização, programas, SP, 1994, 07p.
- CRUZ, Roberto R.C. Textos Didáticos para uso em sala de aula produzido pelo
laboratório de Serviço Social na área de apoio ao ensino. In: Caderno de textos
de Serviço Social. Belém, V04, n^o05, Out/1998.