



Reflexões sobre Oncologia Pediátrica

Mário Chagas¹, Lucília Norton², Rui Batista³

1 - Serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, de Lisboa.

2 - Serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, do Porto.

3 - Hospital Pediátrico, Coimbra.

Introdução

Este artigo tem por objectivo analisar a situação actual da sub-especialidade de Oncologia Pediátrica no nosso País e reflectir sobre o seu futuro, tanto no âmbito assistencial, como no formativo.

Destina-se a todos os leitores da Acta Pediátrica Portuguesa e, muito especialmente, aos que têm responsabilidades docentes e de planificação dos cuidados de saúde em Pediatria.

O Presente

Anualmente, adoecem com cancro, em Portugal, entre 250 e 300 crianças dos 0 aos 15 anos de idade. As Leucemias Agudas e os Tumores do Sistema Nervoso Central representam mais de metade dos casos. Os Linfomas, os Tumores da Crista Neural, o Tumor de Wilms, os Sarcomas das Partes Moles e do Osso e uma miríade de outros tumores representam os restantes casos.

De acordo com normas internacionais, estas crianças devem ser tratadas em Unidades de Oncologia Pediátrica (UOP) que terão de obedecer a vários pressupostos, entre os quais dispor de meios de diagnóstico e de estadiamento adequados, participar em protocolos de tratamento multicentricos, e garantir o suporte do doente nos efeitos adversos do tratamento. Só desta forma se consegue maximizar a probabilidade de cura de doenças que estão longe de ser frequentes.

Embora no nosso País a sub-especialidade de Oncologia Pediátrica tenha sido criada muito recentemente, desde há mais de vinte anos que as crianças com doença oncológica são referenciadas para um número limitado de Serviços de Pediatria, que foram assim adquirindo competência nesta área. Existem, actualmente, três UOP: duas localizadas nos Centros Regionais de Lisboa e do Porto do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil (IPOFG) e uma em Coimbra, no Hospital Pediátrico, que servem, respectivamente, a Zona Sul e Regiões Autónomas, a Zona Norte, e a Zona Centro do País. É para estas UOP que convergem as crianças com cancro do nosso País. As curvas de sobrevivência destes doentes,

quando adequadamente referenciados, são semelhantes às referidas na literatura internacional, já que os protocolos de diagnóstico e terapêutica são comuns^{1,2}. Convém lembrar que, fruto dos progressos no diagnóstico, no tratamento, e no suporte dos doentes, a probabilidade de cura é hoje de 75 a 80% para alguns tipos de cancro como as Leucemias e os Linfomas³.

De qualquer forma, e apesar dos progressos das últimas décadas, o cancro em Pediatria continua a ter um forte impacto na sociedade, já que é a segunda causa de morte após o 1º ano de vida, logo depois dos acidentes.

O Futuro

A incidência de cancro em Pediatria tem vindo a aumentar conforme demonstram vários estudos que incidem num universo significativo, variando o aumento anual entre 0,6% e 1,1%, consoante as estatísticas⁴. Sem nos debruçarmos sobre as suas causas, é forçoso concluir que as UOP terão, no futuro, um papel cada vez mais relevante na saúde infantil portuguesa.

Por outro lado, é desejável que as UOP alarguem a sua acção ao grupo etário da adolescência. Na verdade, é consensual a noção de que é em Serviços de Pediatria, devidamente adaptados, que devem ser tratados os adolescentes. Igualmente, é universalmente reconhecido que, em Oncologia, os resultados são superiores quando os doentes são tratados em protocolos cooperativos, como é característico das UOP. Considerando que, de acordo com o recenseamento da população portuguesa de 2001, há cerca de 700 000 adolescentes entre os 15 e os 19 anos, e que a incidência de cancro neste grupo etário é superior ao da criança, e próxima dos 200 casos novos por milhão e por ano, poderemos esperar a admissão suplementar anual de cerca de 140 novos doentes adolescentes nas actuais UOP. Convém frisar, também, que este número irá crescer rapidamente, já que a incidência de cancro no adolescente está igualmente a aumentar^{5,6}, admitindo-se que o crescimento seja muito significativo para alguns tumores como, por exemplo, o melanoma^{7,8}.

Correspondência:

Mário Chagas
Instituto Português de Oncologia de Lisboa
de Francisco Gentil
E-mail: pediatria@ipolisboa.min-saude.pt

Os Problemas

Coloca-se então a questão de saber se as actuais UOP têm meios para fazer face a estes desafios.

Uma breve descrição dos Serviços permite perceber alguma heterogeneidade. Assim, no Serviço de Pediatria do Centro Regional do Porto do IPOFG, as instalações são modernas e adequadas às necessidades actuais – há 23 camas, cerca de 100 doentes novos por ano, e a taxa de ocupação é de 75% a 80% – qualidades estas reconhecidas de resto, pela certificação conferida pela King's Fund.

Já no Serviço de Pediatria do Centro Regional de Lisboa do mesmo Instituto, as instalações estão degradadas pelo uso intensivo – há 22 camas, cerca de 150 doentes novos por ano, em parte oriundos das Regiões Autónomas e também dos PALOP, e a taxa de ocupação é superior a 85%.

No Hospital Pediátrico de Coimbra, na ausência de instalações próprias, os doentes – cerca de 50 novos por ano – são distribuídos pelas várias enfermarias do Hospital. A idade limite para admissão dos doentes também é variável, sendo de 15 anos no Porto, 14 anos em Lisboa e 13 anos em Coimbra.

As equipas médicas são também diferentes, havendo no Porto 8 Pediatras, predominantemente jovens, com menos de 40 anos, dos quais 6 com a sub-especialidade. Em Lisboa, há 6 Pediatras e 1 outro destacado em Comissão de Serviço, tendo 4 destes médicos mais de 50 anos; 6 dos médicos têm a sub-especialidade. Em Coimbra há uma Unidade de Hematologia e Oncologia com 4 Pediatras Oncologistas e 2 Hematologistas, com uma média de idades de 50 anos (40 – 62).

Todos os Serviços têm Hospitais de Dia muito movimentados, com instalações confortáveis e adequadas às necessidades actuais, excepto o Serviço de Pediatria de Lisboa que apresenta instalações manifestamente insuficientes para os 600 a 700 tratamentos/observações que aí se realizam mensalmente.

Nenhuma das UOP conta com a presença permanente de Internos de Pediatria em formação, muito antes pelo contrário. Atente-se a que a UOP de Coimbra teve apenas dois Internos por períodos de um e três meses nos últimos anos! Este facto não é de estranhar, já que a Oncologia Pediátrica não é valência obrigatória no Internato de Especialidade de Pediatria. Por outro lado, duas das UOP estão localizadas em Hospitais Oncológicos, estando portanto fora do circuito dos hospitais que têm Internato de Especialidade de Pediatria. Isto significa que, na maior parte dos casos, o Interno de Especialidade termina a sua formação sem ter adquirido conhecimentos mínimos de Oncologia Pediátrica, com as inerentes consequências na sua aptidão para o diagnóstico precoce desta patologia.

Em suma, por entre as singularidades de cada UOP, constata-se a existência de limitações físicas e humanas que permitem antever um futuro problemático para a Oncologia Pediátrica e seus doentes, se não forem resolvidas oportunamente.

As Soluções

A adequação das actuais UOP às necessidades que se aviznam obrigará à remodelação de algumas estruturas físicas

existentes, à sua frequência sistemática por Internos em formação e à renovação do quadro de Pediatras com a sub-especialidade em Oncologia.

A primeira medida acarreta custos económicos a ponderar pelo Ministério da Saúde, de acordo com a sua política.

A segunda e a terceira caracterizam-se pela morosidade e incerteza. Morosidade, porque a sub-especialização em Oncologia Pediátrica – de acordo com as normas europeias – se prolonga por três anos⁹. Incerteza, porque necessitará para a sua concretização, da concertação política de várias Instituições: Faculdades de Medicina, Ordem dos Médicos, Conselhos de Administração dos Hospitais onde estão inseridas as UOP, e Administrações Regionais de Saúde.

Neste sentido, parece-nos vantajoso começar por atribuir um maior relevo à Oncologia no ensino pré-graduado da Pediatria pelas Faculdades de Medicina, plenamente justificado pelo lugar que esta patologia ocupa, actualmente, nas causas de morte infantil, com a agravante de se tornar ainda mais relevante no futuro, como já foi referido.

É também desejável que a Ordem dos Médicos, através do Conselho Nacional do Internato Médico e dos Orientadores de Formação, incentive a frequência das UOP pelos Pediatras em formação, de acordo com o novo Regulamento do Internato Médico e com o Decreto-Lei nº 203/2004. É oportuno realçar que o Pediatra Oncologista, pela metodologia que usa no diagnóstico e no tratamento, e pela inter-relação com muitas especialidades a que tem que recorrer no seguimento dos doentes, acaba por representar, de alguma forma, o paradigma do Pediatra Geral, constituindo-se assim como um bom exemplo para o Interno de Pediatria em formação, ainda que este não pretenda a sub-especialidade.

Finalmente, aos Conselhos de Administração Hospitalar e às Administrações Regionais de Saúde compete avaliar as necessidades de assistência em Oncologia Pediátrica das populações que servem, adequando as UOP a tais necessidades.

Para concluir, é necessário afirmar que estamos conscientes que as limitações físicas e humanas aqui referidas são partilhadas por outras sub-especialidades pediátricas, mas é a singularidade que caracteriza a Oncologia, expressa na noção de que não há, em regra, segunda oportunidade para tentar curar uma criança com cancro, que torna a sua situação particularmente preocupante, tornando urgente a tomada de medidas apropriadas.

Referências

- 1 – Lacerda AL, Chagas M, Neto A, Vieira E, Ribeiro MJ, Pereira F et al. Leucemia Linfoblástica Aguda na Criança – Experiência de 10 Anos com o Protocolo DFCI 81/01. *Acta Med Port* 1999; 5: 287-92
- 2 – Costa V, Oliva T, Silva I, Bento MJ, Sodrê Borges BP. Doença de Hodgkin: Experiência de 20 Anos num Centro de Referência. *Acta Pediatr Port* 2004; 35:115-9.
- 3 – Ravindranath Y. Recent Advances in Pediatric Acute Lymphoblastic and Myeloid Leukemia. *Curr Opin Hematol* 2003; 15:23-5.
- 4 – Smith MA. Childhood Cancer: Incidence, Survival, and Mortality. In Pizzo PA, Poplack DG, editors. *Principles and Practice of Pediatric Oncology*. 4 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2002. p1-12.

- 5 – Bleyer WA. Cancer in Older Adolescents and Young Adults: Epidemiology, Diagnosis, Treatment, Survival and Importance of Clinical Trials. *Med Pediatr Oncol* 2002; 38: 1-10.
- 6 – Desandes E, Lacour B, Sommelet D, Buemi A, Danzon A, Delafosse P et al. Cancer Incidence Among Adolescents in France. *Pediatr Blood Cancer* 2004; 43: 742-8.
- 7 – Sharfman W, Lange J, Balch CM. Pediatric Melanoma. *Pediatr Blood Cancer* 2005; 44: 431-2.
- 8 – Chao MM e col. High-Risk Surgically Resected Pediatric Melanoma and Adjuvant Interferon Therapy. *Pediatr Blood Cancer* 2005; 44: 441-8.
- 9 – Mann JR. European Training Programme in Pediatric Haematology and Oncology. *Med Pediatr Oncol* 2003; 41: 65-6.