

PANORAMA DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA



Boletim ano 3, nº 3 Novembro 2016

Esse é o terceiro ano em que produzimos o Boletim Panorama da Oncologia Pediátrica. A cada edição fica mais evidente a importância da informação para conhecimento da realidade, a avaliação do cenário, o planejamento (da assistência hospitalar ou da rede de atenção) e a tomada de decisão.

Mais do que retórica - imposta pelo desafio de consolidar informações sobre oncologia pediátrica -, trazer à tona o tema informação para este campo específico é uma oportunidade para que possamos refletir coletivamente sobre onde estamos e o que é preciso e possível fazer para que o tratamento tenha a qualidade necessária para curar oito em cada dez crianças, como acontece em países com maior renda. E certamente um dos caminhos para esse resultado passa pela produção, avaliação e uso da informação.

Então, o compromisso da equipe de saúde com o registro legível e claro no prontuário precisa ser total. O prontuário é uma fonte de consulta para que o registrador possa coletar da forma

mais fidedigna a realidade sobre o tratamento do paciente. Com dados bem coletados as análises a partir dos registros poderão representar claramente o que acontece na assistência. Também é fundamental o compromisso dos gestores de saúde com a orientação normativa, o apoio financeiro e o monitoramento do trabalho, sendo a base para que se tenha a estrutura necessária para o registro. Esse é um trabalho em cadeia, onde todos têm um papel importante e intransferível.

Nesta edição destacamos a informação sobre anos potenciais de vida perdidos, em que a comparação entre pacientes pediátricos e pacientes com os principais tipos de câncer mostra que cada caso novo de câncer na faixa etária de 0 a 19 anos implica na perda média de 13 anos de vida. Número quatro vezes maior do que a média por câncer de mama e quase 13 vezes maior do que o câncer de próstata.

Na seção Monitoramento da Informação tem destaque o percentual de não resposta à pergunta sobre as razões para não iniciar o tratamento: 68%

sem informação! Considerando o tempo de evolução da doença em crianças e adolescentes, a ausência dessa informação limita as possibilidades de ação para resolver efetivamente os problemas que atrasam o início do tratamento e, provavelmente, impactarão negativamente no resultado final.

Além do apoio para o levantamento e análise dos dados, nesta edição contamos um time de especialistas que contribuiu com a reflexão sobre as informações apresentadas. Uma pequena parte do texto é apresentada na versão impressa, mas o texto pode ser lido na íntegra na versão online.

O Instituto Desiderata tem trabalhado de forma cooperativa para a consolidação e transparência de informações sobre oncologia pediátrica, como forma de contribuir para maiores chances de cura. A transparência da informação é um sinal de compromisso e respeito com a sociedade, com os pacientes e seus familiares.

Boa leitura!

Coordenação: Laurenice Pires e Roberta Costa Marques Colaboradores: Alfredo Scaff, Evelyn Kowalczyk, Marcell Santos e Rejane Reis.

METODOLOGIA

Na seção **POPULAÇÃO INFANTO JUVENIL E ESTIMATIVA DE INCIDÊNCIA DE CÂNCER**, foram utilizadas as informações do Censo de 2010 e a estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2015. Essa estimativa foi multiplicada pela fração de contribuição de cada faixa etária para o contingente populacional total, a fim de obtermos a população infanto-juvenil de 2015 para cada região de saúde. A estimativa nacional de incidência de câncer na população infanto-juvenil para os anos 2016-2017 é do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), sendo a taxa de incidência nas regiões do estado do Rio de Janeiro uma atualização da Divisão de Vigilância e Análise de Situação/Coordenação de Prevenção e Vigilância/INCA, realizado em 2015. Os valores por região foram arredondados na base de múltiplos de dez.

Os **CASOS DE CÂNCER PEDIÁTRICO** foram extraídos do Sistema Integrador do Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC) referentes aos casos de 0 e 19 anos atendidos nos centros especializados do Estado que possuem Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e enviaram as informações referentes a cada ano entre 2008 e 2012.

Os dados de **MORTALIDADE** foram extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) referentes ao período de 2009 a 2013. Para a análise, foram consideradas todas as causas de morte definidas, nas faixas etárias de 1 a 19 anos e de 5 a 19 anos. Não foram utilizadas informações de menores de um ano, considerando que a

mortalidade nesta faixa etária é altamente influenciada por fatores relativos às condições da gestação e do parto, anomalias congênitas, questões de natureza nutricional e afecções causadas por agentes infecciosos.

Para o cálculo dos **Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)** no período de 2009 a 2013 por câncer, foram utilizados tanto o Atlas online da Mortalidade do INCA quanto as estimativas de incidência de câncer para 2016-2017 do INCA. A média anual de APVP (considerando expectativa de vida de 70 anos) no período por câncer foi dividida pela estimativa anual de casos novos de câncer. Para comparação com o câncer infantil foram selecionados os tipos de neoplasias mais incidentes na população adulta masculina e feminina.

Na seção sobre o **ATENDIMENTO PÚBLICO PEDIÁTRICO NO ERJ**, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é a fonte de informação sobre o quantitativo de unidades de Atenção Primária, distribuição de médicos e de atendimento pediátrico hospitalar. As informações foram estratificadas tanto para o ERJ quanto para o Município do Rio de Janeiro (MRJ). O número de médicos capacitados e de encaminhamentos com o cartão do Unidos pela Cura foi extraído do Sistema Informatizado do Unidos pela Cura.

Na seção sobre **INFRAESTRUTURA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**, extraiu-se informações sobre habilitação, localização e % de atendimento por meio do SisRHC (competência de agosto de 2016) dos hospitais

habilitados que realizaram atendimento de crianças e adolescentes com câncer entre os anos de 2008 a 2012. Para dimensionar a infraestrutura de diagnóstico e tratamento dos serviços de saúde, utilizou-se informações do CNES, para a competência de abril de 2015, relativos a equipamentos em uso, número de leitos SUS e apoio multidisciplinar conforme preconizado na Portaria MS/SAS nº 140 de 27/02/2014, como necessárias para a habilitação na atenção especializada em oncologia.

Por fim, na seção **MONITORAMENTO DA INFORMAÇÃO** As informações foram extraídas do Integrador RHC (competência de agosto de 2016), com base nas informações sobre caracterização do diagnóstico e caracterização do tumor da Ficha do Registro de Tumor dos hospitais habilitados que realizaram atendimento de crianças e adolescentes com câncer entre os anos de 2008 a 2012. A seleção dos indicadores de produtividade e de qualidade do tratamento teve como fonte as informações disponíveis no Manual de Registro Hospitalar de Câncer, do INCA.

Informações sem alteração: Dada a indisponibilidade de informações 2016 do CNES, devido à migração de plataforma do DATASUS, as informações de 2015 foram mantidas nesta edição. Até a finalização desta edição as informações ainda não estavam disponíveis.

POPULAÇÃO INFANTO JUVENIL E ESTIMATIVA DE INCIDÊNCIA DE CÂNCER

Pensar demografia é sempre um expediente rico e potencialmente complexo, em função de tendências que se alteram, dificultando a explicação daquele fenômeno inesperado.

Baseado em informação do Sistema de Nascidos Vivos – SINASC/Datusus, podemos então assistir a uma realidade diametralmente oposta à captada pelos dois últimos censos demográficos (2000 e 2010), base natural para a maioria das estimativas populacionais. Enquanto o levantamento do IBGE captou leve redução no contingente de nascimentos no período (2000 e 2010), os registros administrativos do SINASC iluminaram outra realidade, com queda vertiginosa de nascimentos no período 2000 a 2006. Em compensação, nos nove anos subsequentes, 2007 a 2015, ocorreu uma inesperada retomada contínua de crescimento de nascidos vivos.

Alcides Carneiro - Instituto Pereira Passos

LEIA MAIS

O número de casos distribuído pelas regiões de saúde reflete a densidade demográfica dessas. A estimativa por região de saúde, possibilita o melhor planejamento, otimizando recursos e esforços que resultem num diagnóstico precoce e facilidade de acesso.

Entre os tipos de câncer em crianças e adolescentes, a leucemia é o mais comum na maioria das populações (25 a 35%), seguido nos países em desenvolvimento pelos linfomas e tumores do Sistema Nervoso Central.

Marcell Santos – Instituto Nacional de Câncer

LEIA MAIS

ESTIMATIVA X CASOS DIAGNOSTICADOS DE CÂNCER INFANTO-JUVENIL

Notadamente no Brasil, os registros de câncer têm contribuído cada vez mais para o esclarecimento dessas morbidades uma vez que apenas os dados de mortalidade não são suficientes para a descrição de um cenário abrangente. Juntos, esses sistemas de informação contribuem para o fortalecimento da multiplicidade de olhares que enriquecem a reflexão crítica dos resultados. Ao reunir essas informações potencializa-se a contribuição dos registros de câncer com a política nacional de prevenção e controle.

As análises aqui comentadas representam apenas parte do potencial de combinação de dados disponibilizados por esses sistemas e que podem e devem ser melhor explorados por todos os segmentos como da informação, da assistência, da sociedade ou que se interessem em prevenir essas doenças ou em evitar a fragilidade da rede de atenção com vistas ao prognóstico favorável dos pequenos portadores.

Berenice Navarro – Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais

LEIA MAIS

INFRAESTRUTURA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Além desta estrutura física e de recursos humanos, é preciso garantir tratamento a partir de protocolos definidos, acesso aos exames necessários no tempo pré-determinado em cada protocolo e o acompanhamento durante o tratamento. O diagnóstico preciso é o primeiro passo para um tratamento com maiores chances de sucesso. Consequentemente, o tratamento mais adequado necessita de uma estrutura mínima para atendimento das principais intercorrências durante a internação, além de um monitoramento adequado para prevenção de toxicidade ao tratamento.

Teresa Cristina Cardoso Fonseca - Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica

LEIA MAIS

MONITORAMENTO DA INFORMAÇÃO

Em 2016, 250 mil crianças serão diagnosticadas com câncer no mundo. Segundo Lima Barreto, “Não é só a morte que iguala a gente. O crime, a doença e a loucura também acabam com as diferenças que a gente inventa.” Na realidade, nem a morte iguala as diferenças que a gente inventa. Em países desenvolvidos, após cinco anos de doença, 80% das crianças com câncer estão vivas. Em países com menos recursos, somente 40% ou, inclusive, 20%, estarão vivos.

Um dos papéis mais importantes do monitoramento ou vigilância epidemiológica é identificar os problemas que levam a essas diferenças, quanto à chance de sobrevivência. Algumas, certamente, dependem das condições de vida da criança e outras estarão relacionadas com o sistema de atenção à saúde.

Miren Maite Uribe Arregi - Instituto do Câncer do Ceará

LEIA MAIS

PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE INFANTO JUVENIL E ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS

O impacto do câncer em crianças e adolescentes tem que ser levado em consideração por gestores e pela sociedade como um todo, pois leva a problemas socioeconômicos diretos. As sequelas devido ao tratamento, bem como a perda de anos de potenciais de vida produtiva afeta diretamente o contexto econômico de toda uma população. Como as crianças e adolescentes tem um longo período de contribuição econômica, estima-se que a cada caso novo estimado de câncer em criança nessa faixa etária se percam 13 anos potenciais de vida produtiva.

Alfredo Scaff e Rejane Reis – Fundação do Câncer

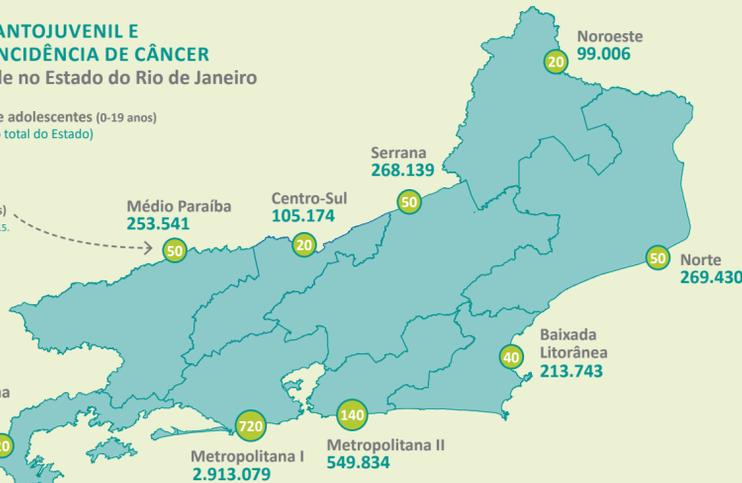
LEIA MAIS

POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL E ESTIMATIVA DE INCIDÊNCIA DE CÂNCER por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro

4.753.167 crianças e adolescentes (0-19 anos)
(Cerca de 30% da população total do Estado)
Fonte: IBGE, 2010; IBGE 2015.

Estimativa de novos casos de câncer (0-19 anos)
Fonte: DVAS/CONPREV/INCA/MS, 2015.

População (0-19 anos)
Fonte: IBGE, 2010; IBGE, 2015
62.923.166 BRASIL
4.753.167 ESTADO
1.801.789 MUNICÍPIO



Nota: Foi utilizada a pirâmide etária referente ao Censo de 2010 para cálculo da contribuição % de cada faixa etária na população geral e em seguida aplicada esta porcentagem à contagem estimada da população de 2015.

Nota: Taxa bruta de incidência de casos novos na população 0 a 19 anos: Metropolitana I e II: 245,99/milhão. Outras regiões do Estado: 196,69/milhão. Fonte: DVAS/CONPREV/INCA/MS, 2015

UNIDOS PELA CURA

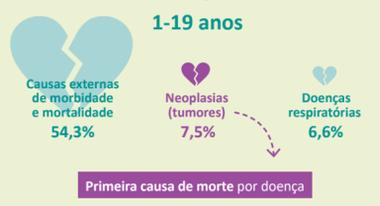


O câncer infantojuvenil representa 3% do total de cânceres estimados para a população adulta, sendo a **primeira causa de morte** por doença no Brasil. Possui evolução rápida, por isso, requer atendimento ágil e resolutivo que permita **diagnóstico precoce** e **tratamento adequado**, proporcionando chances de cura de até 80%.

Além disso, é necessário **monitorar** todas as etapas do tratamento, **gerar dados** e dar **transparência às informações**, permitindo tomadas de decisões ágeis e efetivas em todos os níveis de gestão. Esse é o objetivo do Instituto Desiderata ao produzir este boletim. Boa leitura!

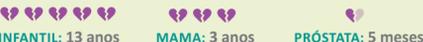
PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE INFANTOJUVENIL, 2009 a 2013

Total de óbitos de 1 a 19 anos no período: **14.842**

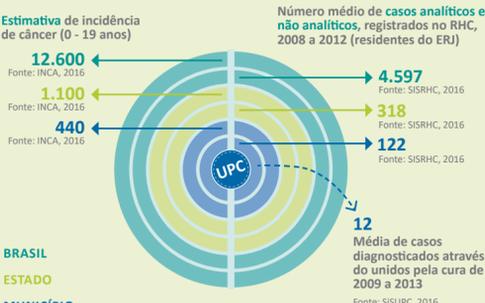


MÉDIA DE ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS, por novos casos de câncer, 2009 a 2013

Fontes: Atlas da Mortalidade do INCA, 2016
Estimativa de Incidência de Câncer, INCA, 2016

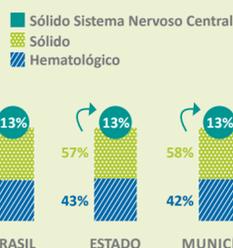


ESTIMATIVA X CASOS DIAGNOSTICADOS de câncer infantojuvenil, 2010



CASOS DE CÂNCER PEDIÁTRICO tratados nos hospitais que possuem RHC, 2008-2012

Fonte: SIS-RHC, 2008-2012. Inclui apenas hospitais do ERJ que possuem RHC.



• ATENDIMENTO PÚBLICO PEDIÁTRICO •

UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Fonte: CNES, abril 2016.

Centro de Saúde / Posto de Saúde / Unidade Básica de Saúde



DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS na Rede Pública de Saúde

Fonte: CNES, maio 2015.

Médicos da Atenção Primária



Médicos em Hospitais Gerais e Especializados



ATENDIMENTO PEDIÁTRICO HOSPITALAR de média e alta complexidade na rede pública por região de saúde

Fonte: CNES, março 2015.

Região	TOTAL DE ESTABELECIMENTOS							NÚMERO DE LEITOS			
	Hospitais especializados pediátricos	Hospitais gerais com serviço de pediatria	Hospitais com leitos de cirurgia pediátrica	Hospitais com leitos de UTI pediátrica	Hospitais com leito de neurocirurgia	Unidade de Pronto Atendimento*	Pronto-socorro**	Pediatria clínica	Cirurgia pediátrica	UTI pediátrica***	Neurocirurgia (adulto e infantil)
Baía da Ilha Grande	0	1	1	0	0	4	2	33	8	0	0
Baixada Litorânea	2	7	3	2	3	6	5	100	15	7	9
Centro Sul	3	5	2	0	0	1	2	57	9	0	0
Médio Paraíba	1	8	4	1	2	5	11	83	8	2	7
Metropolitana I	48	22	25	11	17	46	15	1098	183	78	273
Metropolitana II	7	6	6	1	2	7	8	246	41	5	19
Noroeste	0	8	3	1	0	3	7	71	4	4	0
Norte	1	6	5	0	4	14	5	168	17	0	16
Serrana	1	7	6	0	2	6	7	131	19	0	10
TOTAL DO ERJ	63	70	55	16	30	92	62	1987	304	96	334

(*) Unidades de Pronto Atendimento funcionam como unidades intermediárias entre as unidades básicas de saúde e os hospitais de emergência.
(**) Pronto-socorro - Unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato
(***) Os leitos de UTI pediátrica são classificados em I, II ou III, conforme Portaria 3.432 de 12 de agosto de 1998. Nesta tabela os três tipos de leitos foram somados.

• INFRAESTRUTURA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO •

INFRAESTRUTURA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO dos Cacon, Unacon e outros serviços públicos com atendimento em oncologia pediátrica no ERJ

Fonte: CNES, março 2015; IntegradorRHC, 2016; Portaria nº 140 de 27/02/2015

* Informações sem alteração. Vide verso.

TIPOS DE ACESSO

- SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO
- SISTEMA ESTADUAL DE REGULAÇÃO
- SISTEMA UNIDOS PELA CURA
- PORTA ABERTA

- REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER (base de dados analíticos de 2008 a 2012 em andamento na Instituição)
- POLOS UNIDOS PELA CURA 1
- SALA DE QUIMIOTERAPIA AMBIENTADA E EXCLUSIVA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES 2
- CLASSE HOSPITALAR 3

EQUIPAMENTOS EM USO

- ULTRASSONOGRAFIA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
- LEITOS PEDIÁTRIA CLÍNICA
- LEITOS PEDIÁTRIA CIRÚRGICA

APOIO MULTIDISCIPLINAR NOS CACON E UNACON NO ERJ 4 (Profissionais de referência para todo o hospital)

- ENFERMAGEM
- FISIOTERAPIA
- NUTRIÇÃO
- ODONTOLOGIA
- PSICOLOGIA
- SERVIÇO SOCIAL

Unidade	TIPO DE ACESSO	REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER (2008-2012)	POLOS UNIDOS PELA CURA 1	SALA DE QUIMIOTERAPIA AMBIENTADA E EXCLUSIVA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES 2	CLASSE HOSPITALAR 3	ULTRASSONOGRAFIA	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	LEITOS PEDIÁTRIA CLÍNICA	LEITOS PEDIÁTRIA CIRÚRGICA	ENFERMAGEM	FISIOTERAPIA	NUTRIÇÃO	ODONTOLOGIA	PSICOLOGIA	SERVIÇO SOCIAL
CACON com serviço de oncologia pediátrica	INCA - HCI (RJ)	61%	UPC	AC	✓	5	4	2	16	2	351	62	62	26	60	30
UNACON exclusiva de hematologia	Hemorio (RJ)	18%	UPC	AC	✓	3	1	0	19	0	76	22	3	14	3	10
UNACON com serviços de radioterapia, de hematologia e de oncologia pediátrica	Hospital Federal dos Servidores (HFSE) (RJ)	2,5%	UPC	AC	✓	9	1	0	31	13	453	17	29	24	11	29
UNACON exclusiva de oncologia pediátrica	IPPMG/UFJRJ (RJ)	1,8%	UPC	AC	✓	2	0	0	42	4	69	7	10	0	12	3
UNACON com serviços de radioterapia e de oncologia pediátrica	São José do Avai (Itaperuna)	0,4%	UPC	AC	✓	5	1	1	9	4	50	48	6	6	7	2
UNACON com serviço de oncologia pediátrica	Hospital Federal da Lagoa (HFL) (RJ)	UPC	AC	✓	14	1	0	18	4	92	13	4	7	4	3	
UNACON	INCA - HC II (RJ)	4,5%	UPC	AC	✓	5	1	0	0	0	57	18	17	0	8	12
CACON	HUCFF - UFRRJ (RJ)	4,3%	UPC	AC	✓	5	1	1	0	4	101	11	35	23	7	25
UNACON	Soc. Port. de Ben. de Campos (Campos dos Goytacazes)	2,9%	Sistema próprio de regulação	AC	✓	3	1	0	4	4	38	21	7	4	10	2
UNACON com serviço de radioterapia	Mário Kroeft (RJ)	2,6%	UPC	AC	✓	1	0	0	0	0	4	2	1	2	2	3
UNACON com serviço de radioterapia de hematologia	HUAP - UFF (Niterói)	1,4%	UPC	AC	✓	14	2	1	12	6	197	15	38	21	13	35
UNACON	HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM (Campos dos Goytacazes)	0,4%	UPC	AC	✓	4	1	0	0	0	31	28	8	3	12	4
UNACON	São José (Teresópolis)	0,1%	UPC	AC	✓	3	1	1	2	2	40	18	4	10	1	1
UNACON com serviço de radioterapia	INCA HOSPITAL DO CÂNCER III (RJ)	0,1%	UPC	AC	✓	2	1	0	0	0	124	14	23	0	11	18
Não habilitado	Hospital Estadual da Criança (HEC) (RJ)	0,1%	UPC	AC	✓	3	1	0	0	37	116	25	8	3	3	6
UNACON com serviços de radioterapia e hematologia	HUPE/UERJ (RJ)	UPC	AC	✓	12	2	1	29	5	583	99	100	16	58	38	
Não habilitado	Hospital Municipal Jesus* (HMJ) (RJ)	UPC	AC	✓	3	1	0	33	9	68	6	14	11	4	5	
Não habilitado. Centro de diagnóstico por imagem do estado do Rio de Janeiro	RIO IMAGEM* (RJ)	Sistema próprio de regulação	AC	✓	9	2	2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
Não habilitado	INSTITUTO DO CÉREBRO*	Sistema próprio de regulação	AC	✓	1	2	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	

* Hospitais não oncológicos ou unidades de saúde relevantes para o apoio diagnóstico e o tratamento do câncer infantojuvenil no Estado.

Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (SAS/MS) nº 140 de 27 de fevereiro de 2014 redefine critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Todos os estabelecimentos de saúde que tratam câncer devem ser habilitados como Cacon, atendendo a todos os tipos de câncer, ou como Unacon, atendendo aos cânceres mais prevalentes. Para cada uma destas classificações podem ser atribuídas subcategorias, entre elas o serviço de oncologia pediátrica.

Outros critérios para habilitação são o Sistema de Informação de Câncer (Siscan) e o RHC implantados e em funcionamento dentro da estrutura do hospital habilitado, sendo que o hospital geral com cirurgia de câncer e o serviço de radioterapia, que integram complexos hospitalares com Cacon ou Unacon, devem garantir coleta, armazenamento, análise e divulgação de forma sistemática e contínua das informações das pessoas com câncer.

Ao tratar da estrutura organizacional para o serviço de oncologia pediátrica, a Portaria estabelece como critério, entre outros, o que está contido neste parágrafo único: "A sala de aplicação da quimioterapia de crianças e adolescentes deverá ser distinta da sala de aplicação da quimioterapia de adultos."

1 **Polos Unidos pela Cura**: são os hospitais da rede pública, especializados em câncer ou em pediatria, no município, que fazem parte do fluxo de investigação das suspeitas de câncer infantojuvenil.

2 **Salas de quimioterapia ambientadas e exclusivas para crianças e adolescentes**: Aquário Carioca (AC) é a sala de quimioterapia ambientada com a temática de fundo do mar e exclusiva para crianças e adolescentes, implementada pelo Instituto Desiderata desde 2007 nos hospitais públicos que fazem parte do Unidos pela Cura. O Hospital da Criança possui a ambientação da sala de quimioterapia e do tomógrafo com Tema Intergaláctico (TI), realizada pela Secretaria Estadual de Saúde. Também foram ambientados outros dois tomógrafos na cidade. Em 2012, no Hospital Municipal Jesus, foi transformado em um Submórfo Carioca (Instituto Desiderata); em 2013, o Instituto Fernandes Figueira transformou seu tomógrafo em um barco.

3 **Classe hospitalar**: tem como finalidade garantir a continuidade dos conteúdos escolares às crianças e aos adolescentes hospitalizados, de forma a possibilitar seu retorno à escola de origem sem prejuízo. Segundo o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, é direito das crianças e dos adolescentes hospitalizados desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde e acompanhamento do currículo escolar, durante sua permanência hospitalar (RESOLUÇÃO nº 41/1995 Conanda).

4 **Equipe multidisciplinar e multiprofissional**: indicada na Portaria nº140 contempla ainda os serviços de cuidado de ostomizados, reabilitação, fonoaudiologia, psiquiatria e terapia renal substitutiva que podem ser formalmente referenciados para serviços instalados fora da estrutura do Cacon ou Unacon.

• MONITORAMENTO DA INFORMAÇÃO •

HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO DO RHC NOS HOSPITAIS HABILITADOS EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Base de dados consolidados segundo ano de primeira consulta

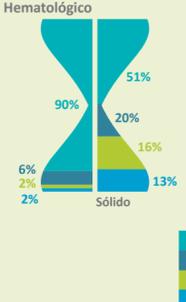


INDICADORES DE PRODUTIVIDADE HOSPITALAR, 2008 A 2012

INTERVALO DE TEMPO*

Fonte: SIS-RHC, 2008-2012 (base extraída em julho, 2016).

Entre 1ª consulta e data do diagnóstico (n=778)



Entre a data do diagnóstico e o início do tratamento nos centros especializados que possuem RHC (n=679)



* Casos analíticos sem diagnóstico anterior

INDICADORES DE QUALIDADE DO REGISTRO

SISRHC, 2008-2012 (base extraída em agosto de 2015).

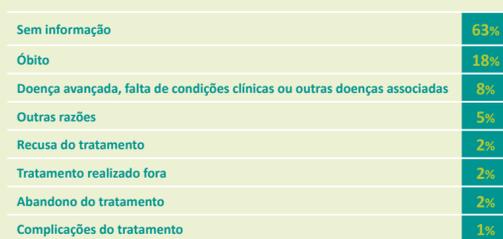
- Percentual de perguntas sem informação na Ficha de Registro de Tumor, 2008 a 2012*
- Principal razão para não realização do 1º tratamento no hospital: 65% sem informação
- Estado da doença ao final do primeiro tratamento: 65% sem informação
- Data de início do primeiro tratamento: 61% sem informação
- Base mais importante do diagnóstico: 61% sem informação
- Outro estadiamento, diferente do TNM e idade até 18 anos (n=78): 67% sem informação ou viaziés

* Casos analíticos sem diagnóstico anterior

INDICADORES DE QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

PRINCIPAIS RAZÕES PARA NÃO INICIAR O TRATAMENTO, casos analíticos sem diagnóstico anterior de 2008 a 2012

Fonte: SIS-RHC, 2016



PERCENTUAL DE DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO



O Percentual de Diagnóstico Histopatológico é a verificação microscópica dos exames histológicos, citológicos e hematológicos. O percentual dos casos com verificação microscópica é um indicador positivo da validade e da informação do registro.

Fonte: INCA, Manual dos Registros Hospitalares de Câncer, 2008.