

A VIGILÂNCIA DAS NEOPLASIAS

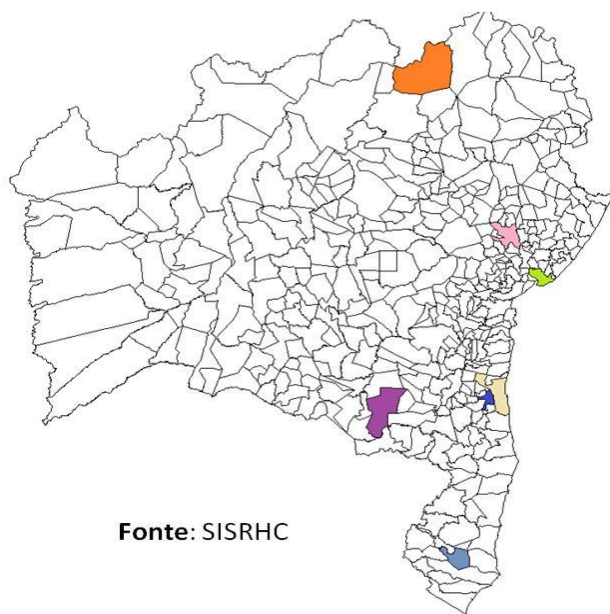
O Brasil vem sofrendo mudanças em seu perfil demográfico, consequência do processo de urbanização populacional, da industrialização e dos avanços da ciência e da tecnologia, entre outros. A esse novo cenário, somam-se os novos estilos de vida e a exposição intensa a fatores de risco do mundo contemporâneo. Esse processo de mudança demográfica, associado à transformação nas relações entre as pessoas e seu ambiente, trouxe uma alteração importante no perfil de morbimortalidade, reduzindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas e colocando as doenças crônico-degenerativas como novo centro de atenção do adoecimento e morte da população brasileira. Assim como a transição epidemiológica, a vigilância foi reformulada, para ampliar o seu objeto, e hoje as doenças crônico-degenerativas vem, progressivamente, sendo acrescentadas ao repertório tradicional da vigilância epidemiológica. A vigilância de câncer destina-se a produzir informações para a tomada de decisões. Essas informações provêm dos registros de câncer, dos grandes sistemas de informação em saúde, de análises e estimativas, bem como de pesquisas e estudos epidemiológicos.

O QUE É CÂNCER?

É o nome dado a mais de 100 tipos diferentes de doença que têm em comum o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo. Sua origem se dá por condições multifatoriais.

O QUE É RHC? O QUE É INTEGRADOR RHC?

Os Registros Hospitalares de Câncer - RHC se caracterizam em centros de coleta, armazenamento, processamento, análise e divulgação - de forma sistemática e contínua - de informações de pacientes atendidos em uma unidade hospitalar, com diagnóstico confirmado de câncer. A informação produzida em um RHC reflete o desempenho do corpo clínico na assistência prestada ao paciente. O Integrador RHC é um sistema Web desenvolvido pelo INCA para consolidação de dados hospitalares provenientes dos RHC de todo o Brasil, agilizando o acesso à informação. A Diretoria de Vigilância Epidemiológica - DIVEP, através da Coordenação de Doenças e Agravos não Transmissíveis - CODANT, acompanha e monitora os 13 RHC do Estado (Figura 1).



Fonte: SISRHC

-  JUAZEIRO – Hospital Regional de Juazeiro
-  SALVADOR – Hospital Aristides Maltez, CICAN, Hospital Universitário Prof^o Edgar Santos, Hospital Martagão Gesteira, Hospital Santa Isabel, Hospital São Rafael
-  ILHÉUS – Hospital São José Maternidade Santa Helena/Santa Casa de Ilhéus
-  ITABUNA – Hospital Manoel Novaes/Santa Casa de Itabuna
-  FEIRA DE SANTANA – Hospital D. Pedro Alcântara/Santa Casa de Feira de Santana
-  VITÓRIA DA CONQUISTA – Hospital Geral de Vitória da Conquista/ ONCOMED RAD
-  TEIXEIRA DE FREITAS – Hospital Municipal de Teixeira de Freitas

Figura 2. Distribuição espacial dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), de acordo com os municípios – Bahia - Julho 2014.

Elaboração GT-DCNT/CODANT/DIVEP/SESAB:
Ana M^a Souza, Cristiane Medeiros, Edna Rezende, Márcia São Pedro, Regina Cardoso.

Coordenadora CODANT:
Ana de Fátima Cardoso Nunes
divep.dant@saude.ba.gov.br

Panorama da Atenção Oncológica com bases nos dados do IRHC, no período de 2000 a 2010

Registro Hospitalar de Câncer	Número de Casos	Ano do último envio de dados
Hosp. Aristίδes Maltez	47.186	2011
Cican	20.134	2010
Hosp. Martagão Gesteira	29	2009
Hosp. Santa Isabel	4.935	2010
Hosp. Santo Antonio	1.911	2011
Hosp. São Rafael	5.640	2009
Hosp. Univ. Prof. Edgar Santos	1.214	2010
H. D. P. A./Santa Casa de Feira	1.897	2011
H. S. J./M. S. H./Sta Casa Ilhéus	572	2011
Hosp. Manoel Novais	6.648	2012
Hosp. Geral Vit. da Conquista	959	2011
Hosp. M. Teixeira de Freitas	–	Em fase de implantação
Hosp. Regional de Juazeiro	–	Em fase de implantação
TOTAL	91.125	

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

No Brasil, a Portaria nº. 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005 institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Ela destaca a “necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer”.

PRAZO PARA O INÍCIO DO TRATAMENTO DO PACIENTE ONCOLÓGICO

A Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, entrou em vigor em 22 de maio de 2013 e dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Garante que “O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único”. É de suma importância reduzir ao máximo o período entre o diagnóstico de câncer e o início do tratamento, pois essa medida irá refletir em um melhor prognóstico do paciente.