



## Panorama da Informação e da Assistência do Registro Hospitalar de Câncer do UNACON CICAN / HGRS

Salvador, 03/12/2018

### IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER RHC

O CICAN embora não caracterizado CACON, proativamente no ano de 1996, resolveu utilizá-lo como forma de manter um registro vivo de seus casos diagnosticados e tratados, para que não fossem perdidos e assim contribuir na diminuição do número de subnotificação dos casos de câncer no estado da Bahia. Diante dessa iniciativa o INCA passou a reconhecer o CICAN como Unidade habilitada a realizar o Registro Hospitalar de câncer fazendo-o constar na sua lista de Unidades notificadoras.

Porém, a partir do ano de 2010, a parceria com o Hospital Geral Roberto Santos - HGRS, a Unidade CICAN tornou-se uma UNACON. De acordo com o artigo 5º da portaria SAS/MS nº 741 de 19.12.2005 que estabelece a obrigatoriedade das UNACONS - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, a partir de setembro de 2007, a implantar o Registro Hospitalar. A parceria do CICAN com o HGRS transforma a Unidade em uma UNACON, tornando obrigatória a estruturação do RHC.

Os registros no CICAN são obtidos através de busca contínua e sistemática de informações nos prontuários dos pacientes, que são inseridos em formulário específico para pesquisa, obedecendo aos padrões do INCA. Leva-se em consideração para notificações os casos que tem laudos de anatomo-patológico positivo no prontuário.

O Hospital Geral Roberto Santos - HGRS segue o padrão de busca em prontuários dos pacientes hospitalizados e em tratamento ambulatorial, com diagnósticos oncológicos, além de pesquisa no Serviço de Arquivo Médico - SAME. Os formulários dos casos notificados são disponibilizados para o CICAN para que sejam registrados no banco de dados e assim enviados ao INCA, conforme acordo firmado com a Diretoria de Atenção Especializada - DAE, DIVEP, CICAN, HGRS e INCA.

### ATUALIDADE DA BASE DE DADOS

Os lançamentos dos dados no SISRHC do CICAN só foram possíveis a partir do ano de 1999 e encontra-se disponível os dados referentes ao período de 1999 a 2016. Vale ressaltar que o HGRS encontra-se em processo de atualização do RHC, e até o momento enviou os casos atendidos nos anos de 2015 e 2016.

### Incompletude

Refere-se aos dados não registrados nos prontuários, os quais são necessários para a identificação e/ou cadastro da neoplasia no RHC.

Destaca-se que no ano de 2012 as variáveis sistema TNM, estadiamento clínico do tumor, estado da doença ao final do primeiro tratamento e escolaridade apresentaram maior proporção de incompletude de informação. (tabela 1)

**Tabela 1:** Proporção de variáveis com incompletudes do Registro Hospitalar de Câncer do CICAN / Hospital Geral Roberto Santos, 2000-2014

Nome da variável	2000 A 2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)
TNM	46,9	58,4	56,4	63,3	61,1	61,0
Estadiamento clínico do tumor	39,4	53,8	54,3	65,0	63,4	63,6
Estado da doença ao final do primeiro tratamento	3,2	2,0	2,5	3,6	2,4	0,7
Escolaridade	2,1	0,8	0,9	1,3	1,2	1,8
Data do início do primeiro tratamento	13,6	0,2	-	0,1	-	-
Diagnóstico e tratamento anteriores	0,6	-	0,3	0,1	0,1	-
Data primeiro diagnóstico do tumor	0,1	0,1	0,1	0,1	-	-
Ocupação	-	0,3	0,6	-	0,1	-

Fonte SISRHC

Nota: TNM, corresponde a uma classificação Internacional de Tumores Malignos para codificar o estadiamento do tumores T (extensão do tumor), N (ausência ou presença e a extensão das metástases em linfonodos regionais) e M ausência ou presença de metástases a distância).

Estadiamento é o processo para determinar a extensão do câncer presente no corpo de uma pessoa e onde está localizado. É a forma como o médico determina o avanço do câncer de uma pessoa.

## Panorama da Informação e da Assistência do Registro Hospitalar de Câncer do UNACON CICAN / HGRS

### PANORAMA DA ASSISTÊNCIA

Embora as neoplasias acometidas no sexo feminino mais frequentes no CICAN/HGRS sejam os cânceres de colo do útero, mama e pele, conforme o período 2010 a 2014 (Tabela 1). Dados do Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM) demonstram que, no período, (16,8%) das mulheres vieram a óbito com neoplasia maligna meninge, encéfalo e outras partes do SNC, seguida por neoplasia maligna cólon, reto e anus (8,6%), neoplasia maligna do pâncreas (7,7%), neoplasia maligna do estômago (6,6%) e (26,8%) com outras neoplasias malignas. Os dados das topografias refere-se apenas aos dados do CICAN e do SIM corresponde ao CICAN/HGRS. O HGRS é referência no estado da Bahia para a especialidade neurocirurgia, por isso a taxa de mortalidade ser maior nessa área também.

**Tabela 1: Principais topografias das neoplasias e ano diagnóstico, no sexo feminino do RHC CICAN. Bahia 2010-2014**

Localização primária	2010		2011		2012		2013		2014	
	999	%	996	%	1050	%	947	%	934	%
<b>TOTAL</b>										
C53 - Colo do Útero	514	51.45	530	53.21	512	48.76	468	49.42	462	49.46
C50 - Mama	295	29.53	275	27.61	331	31.52	290	30.62	282	30.19
C44 - Pele	106	10.61	108	1.08	115	10.95	99	10.45	97	10.39
Outros	24	2.40	20	2.01	21	2.00	19	2.01	15	1.61
C54 - Corpo do Útero	19	1.90	32	3.21	35	3.33	42	4.44	53	5.67
C18 - Colón	14	1.40	6	0.60	8	0.76	5	0.53	4	0.43
C51 - Vulva	9	0.90	8	0.80	6	0.57	7	0.74	9	0.96
C20 - Reto	6	0.60	5	0.50	6	0.57	8	0.84	5	0.54
C56 - Ovário	6	0.60	7	0.70	8	0.76	7	0.74	6	0.64
C21 - Canal Anal E Anus	4	0.40	2	0.20	7	0.67	1	0.11	1	0.11
C67 - Bexiga	2	0.20	3	0.30	1	0.10	1	0.11	-	0.00

Fonte: SISRHC

Quanto aos tipos de neoplasias observa-se que entre os homens (Tabela 2), os tumores de próstata, pele e bexiga observam-se com maior frequência no período 2010-2014. Entretanto, no SIM, os tumores que mais matam os homens, são neoplasia maligna meninge, encéfalo e outras partes do SNC (18,2%) seguido de restante de neoplasias malignas (16,7%), da neoplasia maligna do estômago e próstata ambas com (11,1%) e neoplasia do cólon, reto e ânus (8,1%). Os dados das topografias refere-se apenas aos dados do CICAN e do SIM corresponde ao CICAN/HGRS.

**Tabela 2: Principais topografias das neoplasias e ano diagnóstico, no sexo masculino do RHC CICAN. Bahia 2010-2014**

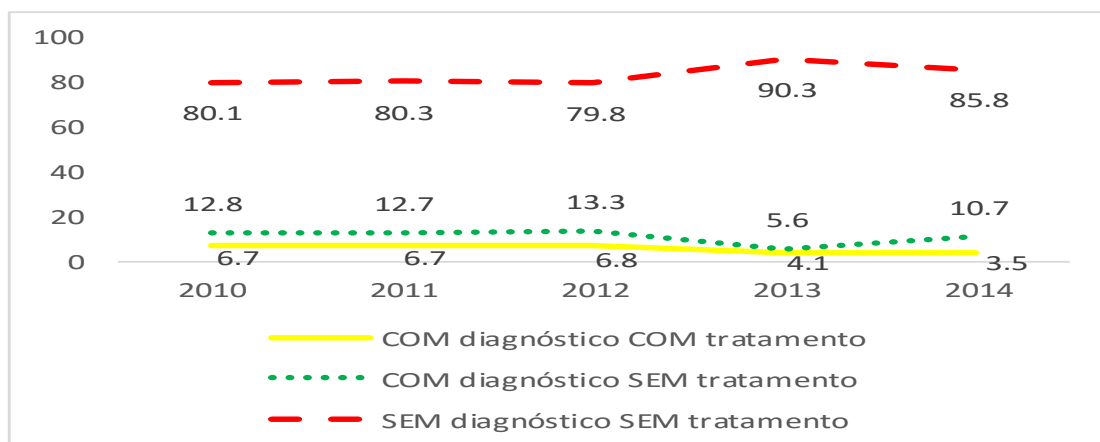
Localização Primária	2010		2011		2012		2013		2014	
	696	%	581	%	557	%	670	%	610	%
<b>TOTAL</b>										
C61 - Próstata	562	80.7	438	75.4	442	79.4	525	78.4	495	81.15
C44 - Pele	81	11.6	94	16.2	70	12.6	112	16.7	89	14.59
Outros	26	3.74	24	4.13	20	3.59	12	1.79	13	2.131
C67 - Bexiga	11	1.58	4	0.69	1	0.18	5	0.75	4	0.656
C60 - Pênis	6	0.86	5	0.86	2	0.36	7	1.04	3	0.492
C20 - Reto	4	0.57	4	0.69	12	2.15	1	0.15	2	0.328
C19 - Junção Retossigmoidiana	3	0.43	1	0.17	4	0.72	4	0.6	-	0
C50 - Mama	2	0.29	5	0.86	2	0.36	3	0.45	1	0.164
C62 - Testículo	1	0.14	1	0.17	-	-	-	-	2	0.328
C18 - Colón	-	-	4	0.69	4	0.72	-	-	-	-
C64 - Rim	-	-	1	0.17	-	-	1	0.15	1	0.164

Fonte: SISRHC

## Panorama da Informação e da Assistência do Registro Hospitalar de Câncer do UNACON CICAN / HGRS

### SITUAÇÃO DE CHEGADA DOS PACIENTES AO CICAN / HGRS

Gráfico 1: Percentuais casos de câncer, segundo diagnóstico e tratamento anterior, por ano de primeira consulta por linha para cada ano de primeira consulta, CICAN. 2010-2014



Fonte: SISRHC

### INTERVALOS DE TEMPO

Para avaliar a qualidade do atendimento prestado nas instituições hospitalares é importante considerar dois intervalos de tempo que irão refletir a rapidez com que é feito o diagnóstico (tempo decorrido entre a data da primeira consulta relacionada ao tumor e a data de diagnóstico do câncer), e o tempo decorrido até que seja iniciado o tratamento (intervalo de tempo entre o diagnóstico e início do tratamento). A importância de se conhecer e analisar estes intervalos de tempo está no fato de serem fatores que podem interferir no prognóstico do paciente e indicar aspectos relacionados à qualidade do atendimento oncológico prestado.

A variável tempo entre diagnóstico e tratamento obteve a maior proporção de tempo o período de 0 a 15 dias. Conforme o preconizado pela lei 12.732, no qual preconiza que o tratamento seja iniciado em 60 dias, evitando que a doença avance.

Tabela 4: Intervalo mediano de tempo entra a data do diagnóstico e a data de início do tratamento para os casos analíticos de câncer, segundo condição de chegada no CICAN. Bahia 2010-2014.

STATUS DO PACIENTE	TEMPO ENTRE CONSULTA E DIAGNÓSTICO (%)	ANO DA PRIMEIRA CONSULTA				
		2010	2011	2012	2013	2014
SEM DIAGNÓSTICO E SEM TRATAMENTO	0 A 15 DIAS	23,3	18,6	21,1	24,5	23,4
	16 A 30 DIAS	17,5	16,4	15,9	16,9	17,0
	31 A 60 DIAS	19,3	22,5	20,0	19,4	20,7
	> 61 DIAS	39,9	42,5	43,0	39,2	38,9
	TOTAL (%)	100	100	100	100	100
	Nº TOTAL DE CASOS	4.832	4.903	4.720	4.635	4.551
* Nº DE CASOS EXCLUÍDOS DO CÁLCULO: 4.815 EM 2010; 1.875 EM 2011; 1.600 EM 2012; 5.121 EM 2013; 5.821 EM 2014.						
STATUS DO PACIENTE	TEMPO ENTRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO (%)	ANO DA PRIMEIRA CONSULTA				
		2010	2011	2012	2013	2014
SEM DIAGNÓSTICO E SEM TRATAMENTO	0 A 15 DIAS	56,7	60,2	60,4	65,2	65,0
	16 A 30 DIAS	5,6	4,6	5,3	5,2	4,5
	31 A 60 DIAS	10,1	9,0	9,5	8,7	8,8
	> 61 DIAS	27,6	26,2	24,8	20,9	21,7
	TOTAL (%)	100	100	100	100	100
	Nº TOTAL DE CASOS	3.677	4.170	4.038	3.991	3.876

\* Nº DE CASOS EXCLUÍDOS DO CÁLCULO: 4.815 EM 2010; 1.875 EM 2011; 1.600 EM 2012; 5.121 EM 2013; 5.821 EM 2014.

Fonte: SISRHC

# Panorama da Informação e da Assistência do Registro Hospitalar de Câncer do UNACON CICAN / HGRS

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos traçam um perfil do UNACON CICAN/HGRS, o que nos traz informações para conhecermos melhor nossa população de pacientes com câncer, podendo direcionar e melhorar a assistência a esses pacientes, mas também conhecer nossas vulnerabilidades quanto ao registro de nossos dados, incluindo as falhas, e melhorar nossos processos de registro em prontuário.

## PONTOS POSITIVOS

- Possuir um sistema de informações atualizadas sobre os diversos tipos de câncer que foram diagnosticados e tratados na unidade, contribuindo para a área de educação permanente e pesquisa dos profissionais em todos os níveis.
- Realizar o seguimento dos pacientes que são tratados de neoplasia;
- Avaliar a qualidade da assistência prestada e a sobrevida dos pacientes tratados nessas unidades;

## PONTOS NEGATIVOS

- Faltam informações no prontuário sobre estadiamento dos tumores, com inclusão dos tumores de pele que passaram a ser estadiáveis;
- Carência nos dados de identificação do paciente na ficha de matrícula, principalmente com relação ao endereço, ocupação, estado conjugal e origem do encaminhamento;
- Informações não correspondentes nas fichas de matrícula e a Anamnese Social, principalmente no que diz respeito aos dados: procedência, ocupação e estado conjugal do paciente;
- Deficiências de informações nas folhas de especialidades sobre hábitos, antecedentes familiares, etc;
- Faltam informações referentes ao início e final do tratamento oncológico do paciente;
- Faltam registros da data e unidade de referencia para quando o paciente é transferido;
- Ausência de relatórios do tratamento realizado fora da unidade;
- Ausência da Comissão Assessora para apoio ao Registro Hospitalar de Câncer;

## EXPEDIENTE

**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

*Jeane Magnavita da Fonseca Cerqueira*

**Coordenação Doenças e Agravos Não Transmissíveis — CODANT**

*Maria Aparecida Rodrigues*

**GT NEOPLASIA RHC / RCBP— CODANT**

*Ana Cláudia Nunes (Coordenação Estadual da Bahia)*

**REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER: CICAN / HGRS**

**Equipe CICAN** - Eterine Abreu (coord.); Carmen Gonçalves; Célia Maria Marinho; Crispina Maria da Silva; Eliana Carneiro

**Equipe HGRS** - Eliana do Prado (coord.); Cleide Maria Costa; Felipe Silva; Greyce Spósito; Orlando Souza do Lago

Projeto gráfico: *Sergio Valverde*

**GT Neoplasia/ Coordenação CODANT**

Tel:/Fax (71) 3116.0045/ [divep.neoplasia@saude.ba.gov.br](mailto:divep.neoplasia@saude.ba.gov.br)