

# PANORAMA DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

RIO DE JANEIRO, BOLETIM VOL 5, Nº5, NOV. 2018  
ISSN 2594-6846 – Versão impressa



## EDITORIAL

Há cinco anos o Instituto Desiderata monitora o cenário da oncologia pediátrica no Rio de Janeiro para consolidar informações e destacar os desafios a serem enfrentados na qualificação do diagnóstico, acesso e tratamento do câncer infantojuvenil. Construído de forma colaborativa com profissionais da Fundação do Câncer e do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o Boletim Panorama da Oncologia Pediátrica do Rio de Janeiro é lançado anualmente, no dia 23 de novembro, em comemoração ao Dia Nacional de Combate ao Câncer Infantil.

Dividido em quatro seções, ele conta ainda com um painel de opiniões de especialistas, com textos que ajudam a entender os avanços e desafios para o tratamento do câncer infantojuvenil. Destacamos a seguir os principais avanços e desafios observados:

### Classificação do tipo de câncer:

■ 89,2% dos diagnósticos do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) tem confirmação histopatológica, um importante indicador positivo do grau de certeza do diagnóstico de um tumor.

▲ Nos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), 8,1% dos diagnósticos no Brasil e 10,3% no Sudeste foram classificados como neoplasias *não especificadas*, categoria que sugere incerteza sobre o tipo de câncer diagnosticado. Em países como Estados Unidos esse valor é inferior a 1% e em outras regiões do Brasil, como a região Sul, o total é inferior a 3%. Esse desafio também pode ser observado no RHC, no qual 39,7% dos casos constam como sem informação sobre o estadiamento da

doença (variável 28b), não sendo possível avaliar a extensão da gravidade da mesma.

### Tratamento em hospital habilitado:

■ Cinco dos sete hospitais que possuem serviço de atendimento especializado ao câncer infantojuvenil oferecem atendimento em Cuidados Paliativos; quatro dos sete têm classe hospitalar e dois dos sete apresentam atendimento pedagógico, permitindo aos pacientes estudarem durante a internação; seis dos sete hospitais possuem sala de quimioterapia ambientada e exclusiva para crianças e adolescentes, seguindo a orientação da Portaria nº 140/2014.

▲ 9,6% dos pacientes menores de 1 ano, 6,6% de crianças e adolescentes entre 1 e 14 anos e 14% dos adolescentes entre 15 e 19 anos foram tratados em hospitais sem habilitação em oncologia pediátrica.

### Acesso ao tratamento:

■ Cinco dos sete hospitais com habilitação em oncologia pediátrica ofereceram vagas ambulatoriais ao Sistema Estadual de Regulação em 2017. Quatro dos sete ofereceram vagas para hematologia. Dois dos três que tratam tumores sólidos ofereceram vagas em oncologia.

▲ Não existe um número exato de vagas a serem ofertadas mensalmente pelos hospitais habilitados. O número reduzido de vagas tem impacto direto na regulação da oferta e demanda. Além disso, contribui para a manutenção da invisibilidade dos

problemas de acesso para crianças e adolescentes com câncer. Essa situação fica clara quando vemos que crianças e adolescentes com diagnóstico de câncer realizado em unidades não especializadas esperam mais que aquelas diagnosticadas nos próprios hospitais especializados, reflexo da desigualdade de acesso para o diagnóstico e início do tratamento oncológico.

### Por fim, vale destacar que atualmente:

■ Seis dos sete hospitais habilitados para o tratamento de câncer em crianças e adolescentes têm o Registro Hospitalar do Câncer implantado e boa parte das variáveis obrigatórias do RHC apresentaram completude considerada excelente (<5% sem preenchimento).

▲ O impacto dos óbitos por câncer infantojuvenil nos Anos Potenciais de Vida Perdidos pelos brasileiros é elevado: embora o câncer infantojuvenil represente 2,8% de todas as neoplasias incidentes no Brasil e 2,0% no Sudeste, observamos que óbitos por câncer infantojuvenil somaram 12% do total de Anos Potenciais de Vida Perdidos devido ao câncer por toda a população brasileira.

O registro dos dados, a análise, o monitoramento e a produção de informação de qualidade são alguns dos fatores fundamentais para a melhoria do tratamento do câncer infantojuvenil. Esperamos que este material contribua para a vigilância da doença, assim como para subsidiar a tomada de decisões dos gestores. Boa leitura!

**Equipe editorial:** Evelyn K. Santos; Fábila Andérez; Laurenice Pires; Roberta Costa Marques.  
**Colaboradores:** Ana Mello, Alcides Carneiro, Alfredo Scaff, Beatriz Busch, Beatriz de Camargo, Carlos Ornelas, Marcell Santos, Monique Silvino, Rejane Reis, Renata Barros, Sima Ferman.

■ Avanço ▲ Desafio

**Instituto Desiderata**  
Rua Dona Mariana, 137 - casa 07, Botafogo | Rio de Janeiro, RJ, Brasil - 22280-020. | Tel.: +55 (21) 2540-0066 / 3648-6092

## METODOLOGIA

Na seção **O CÂNCER INFANTOJUVENIL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, para o cálculo da estimativa de incidência de câncer foram consideradas a taxa mediana de incidência ajustada por idade da região Sudeste (INCA, 2016) e a estimativa populacional para o estado em 2017 (DATASUS, 2018). Para o cálculo da população infantojuvenil, os casos foram divididos entre as regiões de saúde seguindo a distribuição percentual da faixa de 0 a 19 anos do Censo de 2010.

A proporção de tipos de câncer infantojuvenil registrados nos Registros de Câncer de Base Populacional brasileiros foi organizada segundo a Classificação Internacional de Câncer na Infância - CICI-3 (STELIAROVA-FOUCHER et al, 2005) a partir das informações disponíveis no Registro de Câncer de Base Populacional (RCBPop, 2018).

As informações dos óbitos por câncer infantojuvenil foram extraídas do Sistema de Informação sobre Mortalidade (DATASUS, 2018) e da nota oficial sobre câncer infantojuvenil da Agência Internacional de Pesquisa de Câncer (IARC, 2016). As taxas de incidência consideradas são as da área técnica da IARC (STELIAROVA, 2017) e do INCA (2016) para cada faixa etária, consideradas a mediana brasileira de incidência, mediana da taxa de incidência ajustada para a faixa de 0-14 anos da região Sudeste e mediana da taxa de incidência específica para 15-19 anos da região Sudeste.

As informações da seção **ATENDIMENTO PÚBLICO PEDIÁTRICO** foram obtidas das bases de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (DATASUS, 2018), do Departamento de Atenção Básica (DAB,

2018) e de informações fornecidas pela Superintendência de Regulação da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Na seção sobre **INFRAESTRUTURA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO** foram utilizadas: Portaria nº 140 de 27/02/2014 e suas alterações; CNES (DATASUS, 2018), a base de dados do IntegradorRHC (SisRHC, 2018); informações do Instituto Municipal Helena Antipoff e do Grupo de Trabalho de Humanização do Fórum de Oncologia Pediátrica 2017; além de consultas feitas diretamente aos hospitais para atualizar informações que, até a edição final do material, não tivessem sido disponibilizadas pelos órgãos públicos responsáveis.

As informações da seção **MONITORAMENTO DA INFORMAÇÃO** foram obtidas no IntegradorRHC (SisRHC, 2018) em abril de 2018, sendo considerados casos analíticos sem diagnóstico e sem tratamento anterior, com primeira consulta no período de 2009 a 2015 no estado do Rio de Janeiro e a classificação de acordo com a CICI-3 (STELIAROVA-FOUCHER et al, 2005), além de informações fornecidas pela Divisão de Vigilância e Análise de Situação – Conprev/ INCA sobre a implantação do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e envio das bases pelos hospitais habilitados. Na avaliação da completude dos dados foram considerados os seguintes graus: excelente (menor do que 5%), bom (5 a 10%), regular (10 a 20%), ruim (20 a 50%) e muito ruim (50% ou mais), de acordo com critério proposto por Romero e Cunha (2006).

## REFERÊNCIAS

- ATLAS ON-LINE DE MORTALIDADE. INCA. Divisão de Vigilância e Análise de Situação, 2018.
- BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Atlas do Censo Demográfico 2010. Características gerais da população por residência e faixa etária (online). 2018.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE - CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DO BRASIL (CNES). Tabnet - Rede assistencial e Recursos humanos. 2018.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). Estimativa populacional segundo regiões de saúde no estado do Rio de Janeiro (online). 2018.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). 2018.
- \_\_\_\_\_. Portaria nº 458, de 24 de fevereiro de 2017. Mantém as habilitações de estabelecimentos de saúde na Alta Complexidade e exclui prazo estabelecido na Portaria nº 140/SAS/MS, de 27 de fevereiro de 2014.
- FONSECA, ES. Hospitais com Escolas no Brasil. Projeto de Extensão Atendimento Escolar Hospitalar: saberes compartilhados. Faculdade de Educação da UERJ. Mimeo. 2017.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR (INCA). Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão. 2. ed. - Rio de Janeiro: INCA. 2010.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR (INCA). Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade. Rio de Janeiro: 2016.
- REGISTRO DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL (RCBPop). INCA/Divisão de Vigilância e Análise de Situação. 2018.
- REGISTRO DE CÂNCER DE BASE HOSPITALAR (SISRHC). INCA/Divisão de Vigilância e Análise de Situação. 2018.
- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). International Childhood Cancer Day: Much remains to be done to fight childhood cancer. Press Release N° 241- 2016.
- ROMERO DE, CUNHA CB. Quality of socioeconomic and demographic data in relation to infant mortality in the Brazilian Mortality Information System (1996/2001). Cad Saúde Pública. 22(3):673-84, 2006
- STELIAROVA-FOUCHER, Eva et al. International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. Lancet Oncol. v.18, p.719-31, 2017.
- STELIAROVA-FOUCHER, E., STILLER, C., LACOUR, B., KAATSCH, P. International Classification of Childhood Cancer, third edition. Cancer, 103: 1457-1467, 2005.
- U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention and National Cancer Institute. U.S. Cancer Statistics Working Group - Data Visualizations Tool (1999-2015). nov. 2018.

## PAINEL DE OPINIÕES

### A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA REDE DE CUIDADO DO CÂNCER INFANTOJUVENIL Q

As mudanças nos grandes centros urbanos levam a um novo cenário na mortalidade infantojuvenil, com a diminuição das doenças infectocontagiosas e o aumento de óbitos por causas externas e de doenças de evolução crônica.

As neoplasias ocupam o segundo lugar como causa de óbito em crianças e adolescentes, mas se as causas externas forem excluídas, o câncer é a primeira causa de morte neste grupo.

Desde 2007, o Rio de Janeiro participa de um trabalho em rede com diversas instituições públicas e não governamentais comprometidas com o diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil e seu tratamento oportuno.

No município do Rio de Janeiro, o tema vem sendo discutido com profissionais de saúde da Atenção Primária e as ações realizadas são: a capacitação profissional e organização da rede de atenção, monitoramento dos encaminhamentos para investigação diagnóstica e busca ativa dos faltosos.

A detecção precoce do câncer infantojuvenil é um desafio na organização de rede e permanece na agenda de compromissos da gestão.

Beatriz Busch – Secretária de Saúde do município do Rio de Janeiro

### O CÂNCER INFANTOJUVENIL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO Q

Em recente avaliação dos óbitos por câncer em crianças (0-14 anos) no Brasil, observamos que no estado do Rio de Janeiro somente 28% das crianças que moravam fora da capital

faleceram em suas cidades. As demais, faleceram na capital. Na região Sudeste, como um todo, esta proporção é de 57,8%. Nos outros estados do Sudeste, as crianças estão morrendo em sua maioria no local da sua residência, diferentemente do estado do Rio de Janeiro, sugerindo, assim, que neste estado as crianças estão sendo tratadas na capital e lá acompanhadas até o momento do óbito.

Não sabemos se os óbitos ocorreram durante o tratamento curativo ou durante a progressão de doença refratária, porém notamos que deveria haver um maior contato com a assistência médica do local de domicílio, permitindo proporcionar a morte junto aos entes queridos.

É bem conhecido e discutido que a “morte ideal” deveria ser no seu próprio ambiente. Hoje em dia, com o aumento da possibilidade de cura, altas tecnologias e novas drogas, a morte tem ocorrido com maior frequência no hospital. Porém, para as crianças consideradas fora de possibilidade terapêutica, o ideal continua sendo sua manutenção o máximo possível de tempo em casa, sob cuidados paliativos.

Beatriz de Camargo, Pesquisadora, Centro de Pesquisa, INCA

### A IMPORTÂNCIA DAS INFORMAÇÕES DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER (RHC) PARA DIVULGAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E PESQUISAS Q

O RHC é um dos componentes técnico operacionais que dão suporte à identificação e à priorização das ações contínuas para a vigilância do câncer e o enfrentamento dos problemas de saúde pública.

A qualidade do cuidado ao paciente com câncer nos hospitais que têm RHC implantado é melhor. Com a coleta das informações sobre o paciente, o diagnóstico do tumor, o tratamento e o seguimento, é possível alterar ou melhorar os processos envolvidos em cada etapa, permitindo assim otimizar a assistência prestada ao indivíduo. As análises apresentadas no presente Panorama foram baseadas nas informações fornecidas pelos RHC. É interessante mencionar que 10% das crianças menores de um ano de idade são atendidas em hospitais não habilitados para oncologia pediátrica. Quando analisamos os adolescentes, esse percentual sobe para 14%.

Para que essas informações estejam disponíveis, e que pesquisas analisando o desempenho dos hospitais possam ser desenvolvidas, é necessário um esforço das instituições de saúde e seus gestores para a manutenção e atualização dos RHC. As respostas às demandas, às necessidades de gestores, da comunidade civil e da comunidade científica serão mais eficazes quando todo o processo estiver organizado e padronizado.

Rejane de Souza Reis, Bióloga epidemiologista – Fundação do Câncer.

### INCIDÊNCIA DE CÂNCER INFANTOJUVENIL COMO UMA OPORTUNIDADE ESTRATÉGICA PARA PLANEJAMENTO Q

Informações acuradas de incidência somente podem ser obtidas pela coleta especializada desenvolvida pelos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP). Estas informações são essenciais para conhecer o impacto do câncer, bem como monitorar padrões em nível populacional, gerar hipóteses para estudos causais, avaliar o efeito das ações de controle da doença na população e oferecer apoio à decisão e na definição de prioridades na prevenção e cuidado do câncer. O RCBP representa o “padrão ouro” para o provimento de informações sobre a incidência de câncer. Conhecer o perfil do câncer infantojuvenil torna-se então estratégico para subsidiar a tomada de decisões e o estabelecimento de diretrizes.

Neste Panorama estão disponíveis as estimativas para o estado e capital, bem como sua distribuição pelas Regiões de Saúde, o que será essencial para o melhor planejamento e uma melhor alocação de recursos e esforços. A taxa de incidência observada é semelhante ao perfil regional e os principais tipos de câncer na região são os tumores hematológicos (leucemias e linfomas) e os do sistema nervoso central.

Este perfil é o mesmo observado no cenário nacional e mundial. Destaca-se a alta incidência de tumores sem especificação, tanto no cenário nacional quanto regional, com uma ocorrência muito maior que a observada em países desenvolvidos. Esta situação reforça a necessidade de se dispor de uma rede de apoio para confirmação e precisão diagnóstica.

Marceli O. Santos – Instituto Nacional de Câncer José Alencar / Coordenação de Prevenção e Vigilância.



# O CÂNCER INFANTOJUVENIL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

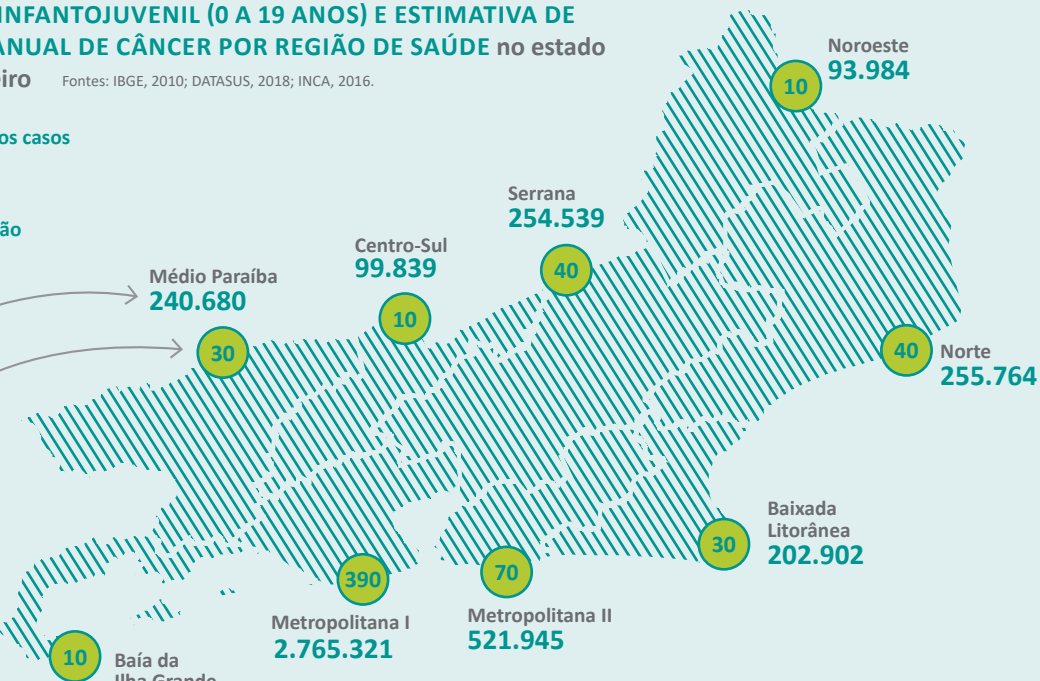
novembro 2018

## POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL (0 A 19 ANOS) E ESTIMATIVA DE INCIDÊNCIA ANUAL DE CÂNCER POR REGIÃO DE SAÚDE no estado do Rio de Janeiro

Fontes: IBGE, 2010; DATASUS, 2018; INCA, 2016.

Estimativa de novos casos  
Estado: 630  
Município: 250  
Taxa: 139,88/milhão

População infantojuvenil  
Novos casos



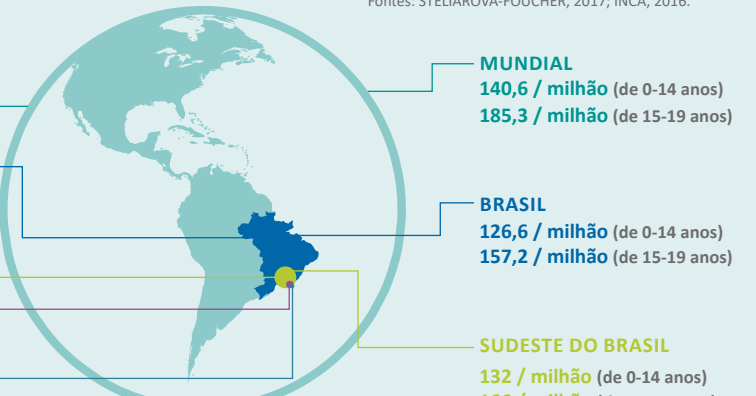
## ÓBITOS POR CÂNCER INFANTOJUVENIL

Fontes: SIM, 2009-2015 (Brasil); IARC, 2016 (mundo).

	POR ANO	POR SEMANA
MUNDIAL	80.000	1.540
BRASIL	2.884	55
SUDESTE	1.068	21
ESTADO DO RIO DE JANEIRO	222	4
CAPITAL	81	2

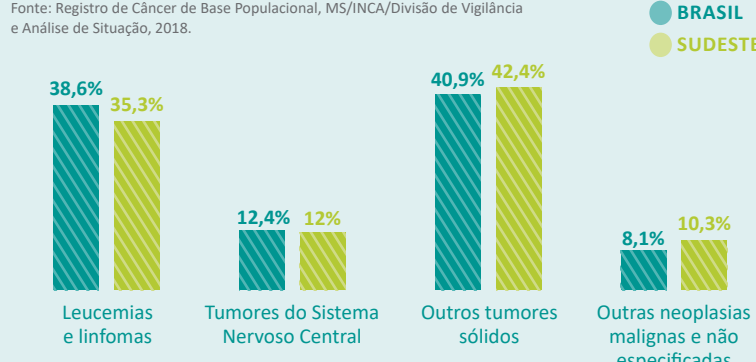
## PROJEÇÃO DE INCIDÊNCIA ANUAL DE CÂNCER INFANTOJUVENIL

Fontes: STELIAROVA-FOUCHER, 2017; INCA, 2016.



## PRINCIPAIS TIPOS DE CÂNCER INFANTOJUVENIL REGISTRADOS no Registro de Câncer de Base Populacional, 2000-2015

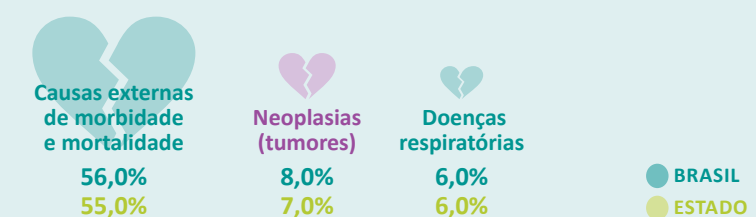
Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional, MS/INCA/Divisão de Vigilância e Análise de Situação, 2018.



## TRÊS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE INFANTOJUVENIL, 2009 a 2015

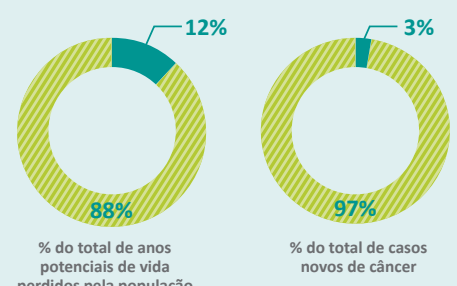
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - 2018.

Neoplasias: principal causa de morte por doença. Total de óbitos de 1 a 19 anos no período: 254.652 | 20.765



## ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR CÂNCER PELA POPULAÇÃO BRASILEIRA

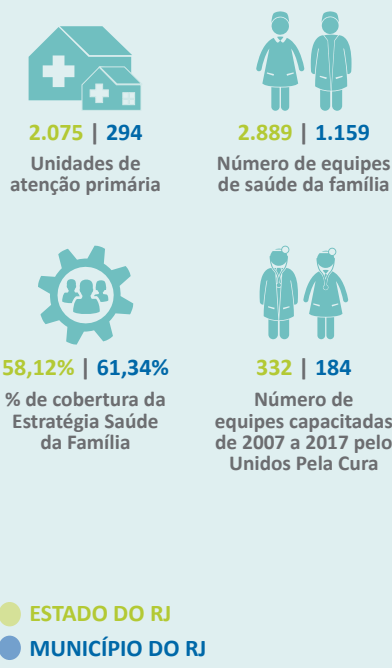
Fonte: Atlas da Mortalidade por Câncer: MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância, 2018.



# • ATENDIMENTO PÚBLICO PEDIÁTRICO •

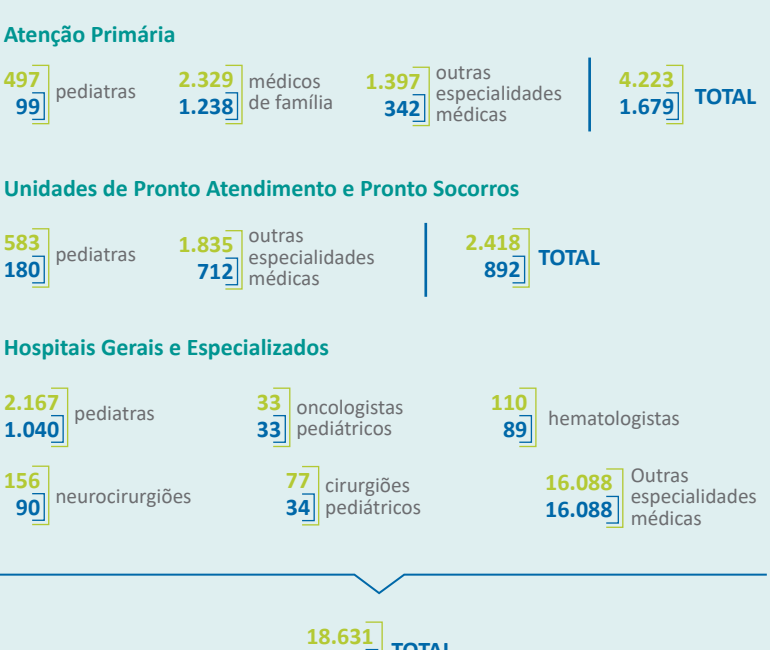
## ATENÇÃO PRIMÁRIA

Fontes: CNEs, mar. 2018; MS/SAS/DAB, mar. 2018.



## DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS NA REDE PÚBLICA de saúde do estado e município do Rio de Janeiro, segundo nível de atenção

Fonte: CNEs, mar. 2018.



## LEITOS DE PEDIATRIA CLÍNICA E CIRÚRGICA NO SUS por região de saúde

Fonte: CNEs, mar. 2018.

Região de Saúde	CLÍNICA	CIRÚRGICA
Baía da Ilha Grande	51	13
Baixa da Litorânea	128	22
Centro-Sul	48	9
Médio Paraíba	186	42
Metropolitana I	1.667	314
Metropolitana II	226	51
Noroeste	130	27
Norte	225	42
Serrana	191	31
<b>TOTAL</b>	<b>2852</b>	<b>551</b>

68% do total de leitos SUS e não-SUS no estado  
61% do total de leitos SUS e não-SUS no estado

# • INFRAESTRUTURA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO •

## CASOS DE CÂNCER INFANTOJUVENIL REGISTRADOS EM HOSPITAIS POR TIPO DE HABILITAÇÃO\*, 2009 a 2015 (n=1708)

Fontes: SISRHC, 2018, casos analíticos.

Hospital	PERÍODO DISPONÍVEL	MÉDIA ANUAL DE CASOS	% DO TOTAL DE CASOS	
CAACON com serviço de oncologia pediátrica	INCA - HC I (RJ)	2009-2013	211	61,6%
UNACON exclusiva de hematologia	HEMORIO (RJ)	2009-2014	42	14,6%
UNACON com serviços de radioterapia, hematologia e oncologia pediátrica	Hospital Federal dos Servidores do Estado (RJ)	2012-2014	22	3,9%
UNACON exclusiva de oncologia pediátrica	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira / UFRJ (RJ)	2011-2014	14	4,2%
UNACON com serviços de radioterapia e de oncologia pediátrica	Hospital São José do Avai (Itaperuna)	2009-2011/2013-2015	3	1,1%
UNACON com serviço de oncologia pediátrica	Hospital Federal da Lagoa (RJ)	-	-	-
UNACON exclusiva de oncologia pediátrica	Hospital Estadual da Criança (RJ)	-	-	-
UNACON	INCA - HC II (RJ)	2010-2014	17	5,1%
CAACON	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ (RJ)	2009-2013	8	2,2%
UNACON	Soc. Port. de Ben. De Campos (Campos dos Goytacazes)	2009-2014	6	2,4%
UNACON com serviço de radioterapia	Mário Kroeff (RJ)	2009-2011	7	1,3%
UNACON com serviço de radioterapia e hematologia	Hospital Universitário Antonio Pedro - UFF (RJ)	2009-2013	3	0,9%
UNACON com Serviço de hematologia	Hospital Geral de Bonsucesso (RJ)	2012	7	0,4%
UNACON	Hospital Santa Isabel (Cabo Frio)	2012-2015	3	0,6%
UNACON	Hospital Escola Álvaro Alvim (Campos dos Goytacazes)	2011-2012/2014-2015	3	0,6%
UNACON	Hospital São José (Terresópolis)	2012	1	0,1%
UNACON	Hospital Alcides Carneiro - Centro de Terapia Oncológica (Petrópolis)	2011-2013	1	0,2%
UNACON com serviço de radioterapia	INCA - HC III	2009/2011-2012/2015-2016	2	0,6%
UNACON	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (RJ)	2015	3	0,2%

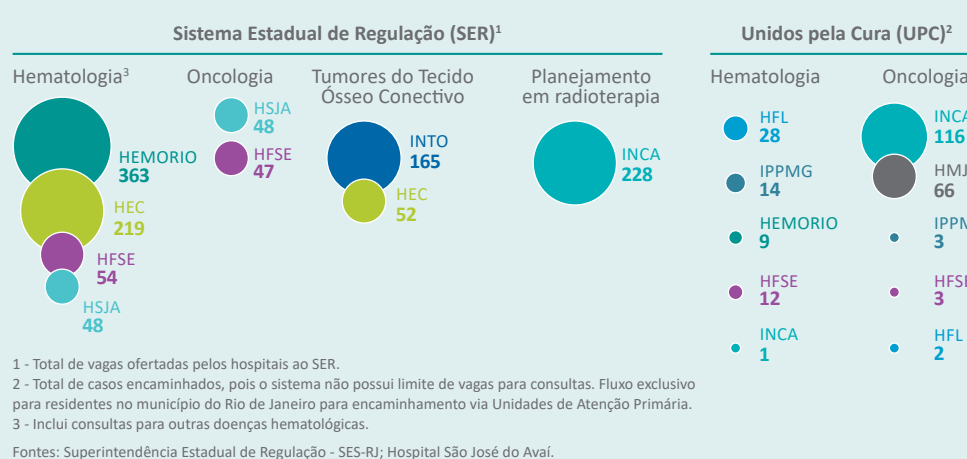
\*CAACON - Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia :: trata todos os tipos de cânceres  
\*UNACON - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia :: trata os cânceres mais prevalentes

A Portaria SAS/MS nº 140 de 27/02/2014 e suas alterações definem critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e definem as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Outros critérios para habilitação são o Sistema de Informação de Câncer (Siscan) e o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) implantados e em funcionamento dentro da estrutura do hospital ou do complexo hospitalar.

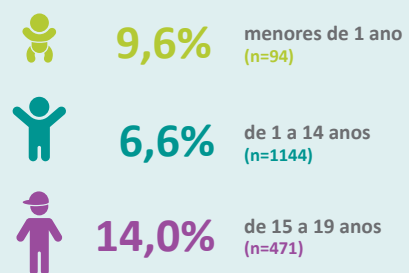
Observações: O Instituto do Cérebro Paulo Niemeyer é o primeiro centro voltado para o tratamento de doenças neurocirúrgicas do país, sendo imprescindível para o atendimento de tumores do Sistema Nervoso Central pediátricos (seis leitos exclusivos). O Rio Imagem é o centro de diagnóstico por imagem do estado do Rio de Janeiro e possui dois aparelhos de ressonância magnética, dois tomógrafos e nove equipamentos de ultrassom.

## CONSULTAS AMBULATORIAIS PARA INVESTIGAÇÃO DE CÂNCER INFANTOJUVENIL, em 2017



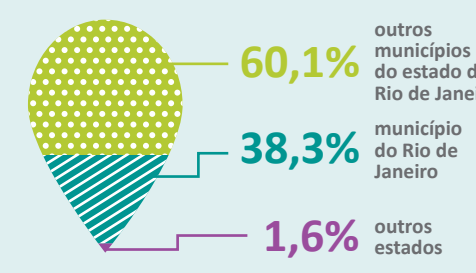
## CASOS ATENDIDOS EM HOSPITAIS NÃO HABILITADOS, segundo faixa etária, 2009 a 2015. (n=1.708)

Fonte: SISRHC, 2018, casos analíticos.



## CASOS ATENDIDOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, segundo local de residência, 2009 a 2015. (n=1.708)

Fonte: SISRHC, 2018, casos analíticos.



## ATENDIMENTO HUMANIZADO EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Fontes: GT de Humanização FOP 2017; Instituto Municipal Helena Antipoff, 2018; Hospital São José do Avai (Itaperuna), 2018; Hospital Estadual da Criança, 2018.

Hospital	Atendimento em cuidados paliativos	Classe Hospitalar <sup>1</sup>	Sala de quimioterapia ambientada e exclusiva para crianças e adolescentes <sup>2</sup>
INCA - HC I (RJ)	✓	✓	✓
HEMORIO (RJ)	✓	✓	✓
Hospital dos Servidores (RJ)	✓	✓	✓
IPPMG/UFRJ (RJ)	✓	✓	✓
Hospital São José do Avai (Itaperuna)	✓	✓	✓
Hospital Federal da Lagoa (RJ)	✓	✓	✓
Hospital Estadual da Criança (RJ) <sup>3</sup>	✓	✓	✓

\*Atendimento Pedagógico    🐠 Tema intergaláctico    🐠 Aquário carioca

<sup>1</sup> Classe hospitalar: Direito das crianças e dos adolescentes hospitalizados de 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).

<sup>2</sup> Salas de quimioterapia ambientadas e exclusivas para crianças e adolescentes: "A sala de aplicação da quimioterapia de crianças e adolescentes deverá ser distinta da sala de aplicação da quimioterapia de adultos" (Portaria, 140 de 27/02/2014). O Aquário Carioca (AC) é a sala de quimioterapia ambientada com a temática de fundo do mar, implementada pelo Instituto Desiderata desde 2007 nos hospitais públicos que fazem parte do Unidos pela Cura.

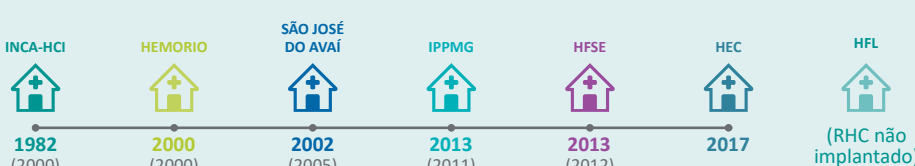
A ambientação da sala de quimioterapia e do tomógrafo com Tema Intergaláctico (TI) do Hospital Estadual da Criança foi realizada pela Secretaria Estadual de Saúde. Equipamento de tomografia ambientado como um Submarino Amarelo pelo Instituto Desiderata em 2012 no Hospital Municipal Jesus. INCA ambientou todo o setor de oncologia pediátrica em 2017.

<sup>3</sup> O Hospital Estadual da Criança foi habilitado como UNACON em 2017.

# • MONITORAMENTO DA INFORMAÇÃO •

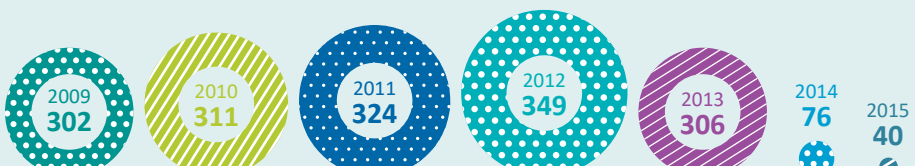
## HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER NOS HOSPITAIS HABILITADOS EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Ano da primeira base disponibilizada via Integrador RHC  
Fonte: SIS-RHC, 2018



## CASOS DE CÂNCER INFANTOJUVENIL REGISTRADOS NOS HOSPITAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO DE 2009 A 2015

Fontes: SISRHC, 2018, casos analíticos.



## MEDIANA DE TEMPO DE ESPERA EM DIAS, segundo tratamento anterior e tipo de tumor, 2009 a 2015

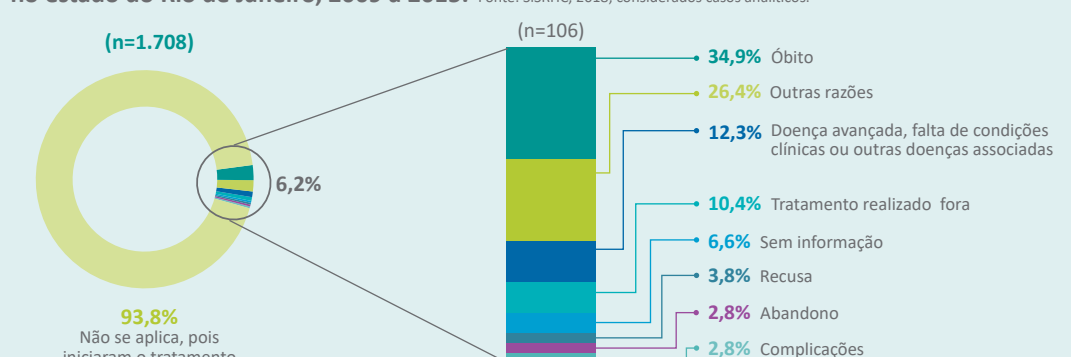
11 dias foi a mediana de tempo de espera para que o paciente com diagnóstico anterior chegasse ao hospital especializado.



Fonte: SISRHC, 2018, casos analíticos.

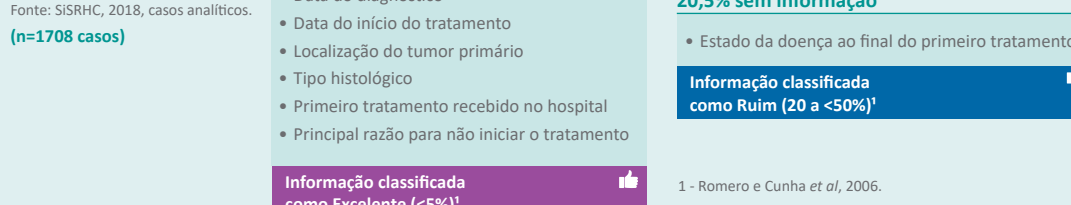
## PRINCIPAIS RAZÕES PARA NÃO INICIAR O TRATAMENTO no estado do Rio de Janeiro, 2009 a 2015.

Fonte: SISRHC, 2018, considerados casos analíticos.



## INCOMPLETUDE DE VARIÁVEIS OBRIGATORIAS<sup>1</sup> selecionadas no estado do Rio de Janeiro, 2009 a 2015.

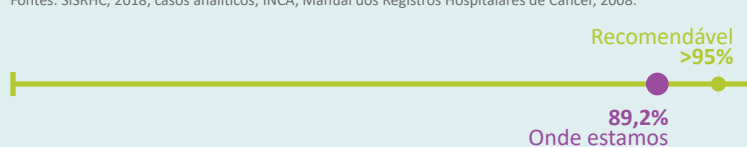
Fonte: SISRHC, 2018, casos analíticos. (n=1708 casos)



1 - Romero e Cunha et al, 2006.

## PERCENTUAL DE DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2009 a 2015

Fontes: SISRHC, 2018, casos analíticos; INCA, Manual dos Registros Hospitalares de Câncer, 2008.



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

Casos analíticos: aqueles em que o plano terapêutico, o tratamento e o seguimento são realizados pela unidade responsável pelo atendimento aos pacientes (INCA, 2016).