

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DA ASSISTÊNCIA
AO USUÁRIO COM NEOPLASIA MALIGNA A
PARTIR DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE ESPECIALIZAÇÃO
Modalidade Artigo Publicável**

Magali Dalla Nora

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável-

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DA ASSISTÊNCIA AO
USUÁRIO COM NEOPLASIA MALIGNA A PARTIR DO
REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

Elaborado por
Magali Dalla Nora

Orientado e Co-orientado por
Prof^a. D^{ra}. Elenir Fedosse
Enf^a. M^a. Priscila de Oliveira Bolzan Bonadiman

como requisito parcial para obtenção do grau de

Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde,
Ênfase Hematologia-Oncologia, da Universidade Federal de Santa Maria
(UFSM, RS)

Comissão Examinadora:

Prof^a D^{ra}. Elenir Fedosse
(UFSM)-Presidente

Enf^a. D^{ra}. Sandra Marcia
Soares Schmidt
(UFSM)

Assist. Social M^a. Denise
Pasqual Schmidt
(UFSM)

Santa Maria, 19 de março de 2014.

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Especialização
Curso de Pós-Graduação Programa de Residência Multiprofissional
Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área
de Concentração Hematologia-Oncologia
Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DA ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM NEOPLASIA MALIGNA A PARTIR DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

Autor: Magali Dalla Nora

Orientadora: Prof^a. D^{ra}. Elenir Fedosse

Co-orientadora: Enf^a. M^a. Priscila de Oliveira Bolzan Bonadiman

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 19 de março de 2014

O câncer é atualmente um problema de saúde pública e a assistência oncológica está entre as mais dispendiosas no âmbito social. Para mudar esse panorama, é imprescindível um estímulo à busca de informações precisas sobre a incidência na população, assim como da assistência recebida pelos usuários, propiciando a implantação de políticas públicas que visem à redução das taxas de mortalidade, morbidade e dos gastos. O objetivo deste estudo é caracterizar o perfil da assistência aos usuários, atendidos em um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul, no período de 2010 a 2011, acometidos pelas neoplasias malignas de mama, próstata, sistema hematopoiético e reticuloendotelial, pulmões e brônquios a partir da análise de alguns dados do Sistema de Informação de Registros Hospitalares de Câncer: origem do encaminhamento, intervalo de tempo (em dias) entre a primeira consulta-primeiro diagnóstico e primeiro diagnóstico-início do tratamento, assim como caracterizar o perfil do tratamento realizado nesta instituição. Trata-se de um estudo transversal descritivo, no qual foram analisados 926 casos analíticos referentes ao período de 2010-2011. Os resultados deste estudo mostram que a maioria dos usuários com câncer atendidos no hospital foram encaminhados por serviços públicos de saúde – da cidade e região. Para a análise do intervalo de tempo nos casos de cânceres de mama, próstata e pulmão, a radioterapia destacou-se como a clínica com o maior intervalo de tempo entre primeira consulta-primeiro diagnóstico e entre primeiro diagnóstico-início do tratamento. Para os casos de câncer do sistema hematopoiético e reticuloendotelial os tempo de espera nas clínicas de atendimento estão de acordo com as preconizações do Instituto Nacional do Câncer. Com relação ao tipo de tratamento, para as quatro localizações topográficas do câncer avaliadas visualizou-se a existência de uma

associação de tratamentos, incluindo quimioterapia, cirurgia, radioterapia, hormonioterapia. Tais dados permitiram caracterizar o perfil da assistência aos usuários com câncer atendidos no hospital universitário do estudo, oferecendo subsídios para a implantação de políticas públicas direcionadas à melhoria da assistência aos usuários assistidos pelo Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: neoplasia maligna, registro hospitalar de câncer, assistência

LISTA DE ABREVIATURAS

CACON - Centro de Alta Complexidade em Oncologia

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CID-O – Classificação Internacional de Doenças para a Oncologia

CRS - 4ª Coordenadoria Regional de Saúde

FRT – Ficha de Registro de Tumor

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

RHC - Registro Hospitalar de Câncer

RHCs – Registros Hospitalares de Câncer

SisRHC – Sistema de Registro Hospitalar de Câncer

SisRHCs – Sistemas de Registro Hospitalar de Câncer

SUS – Sistema Único de Saúde

TMO – Transplante de Medula Óssea

UNACON – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tipos de tratamento realizados pelos usuários com câncer de mama atendidos no hospital no período de 2010 a 2011. Topografia C50.0 a C50.9.....	20
Figura 2 - Tipos de tratamento realizados pelos usuários com câncer de próstata atendidos no hospital no período de 2010 a 2011. Topografia C61.9 a C61.9.....	21
Figura 3 - Tipos de tratamento realizados pelos usuários com câncer do sistema hematopoiético e reticuloendotelial atendidos no hospital no período de 2010 a 2011. Topografia C42.0 a C42.4.....	21
Figura 4 - Tipos de tratamento realizados pelos usuários com câncer de pulmões e brônquios atendidos no hospital no período de 2010 a 2011. Topografia C34.0 a C34.9.....	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição proporcional dos casos de câncer de mama segundo a origem de encaminhamento para o hospital. Todas as idades. Topografia C50.0 a C50.9.....	16
Tabela 2 - Distribuição proporcional dos casos de câncer de próstata segundo a origem de encaminhamento para o hospital. Todas as idades. Topografia C61.9 a C61.9.....	16
Tabela 3 - Distribuição proporcional dos casos de câncer do sistema hematopoiético e reticuloendotelial segundo a origem de encaminhamento para o hospital. Todas as idades. Topografia C42.0 a C42.4.....	17
Tabela 4 - Distribuição proporcional dos casos de câncer de pulmões e brônquios segundo a origem de encaminhamento para o hospital. Todas as idades. Topografia C34.0 a C34.9.....	17
Tabela 5 - Intervalo de tempo (em dias) transcorrido, segundo a mediana, entre 1ª consulta-1º diagnóstico, 1º diagnóstico-início do tratamento, segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento no hospital. Topografia C50.0 a C50.9.....	18
Tabela 6 - Intervalo de tempo (em dias) transcorrido, segundo a mediana, entre 1ª consulta-1º diagnóstico, 1º diagnóstico-início do tratamento, segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento no hospital. Topografia C61.9 a C61.9.....	18
Tabela 7 - Intervalo de tempo (em dias) transcorrido, segundo a mediana, entre 1ª consulta-1º diagnóstico, 1º diagnóstico-início do tratamento, segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento no hospital. Topografia C42.0 a C42.4 a.....	19
Tabela 8 - Intervalo de tempo (em dias) transcorrido, segundo a mediana, entre 1ª consulta-1º diagnóstico, 1º diagnóstico-início do tratamento, segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento no hospital. Topografia C34.0 a C34.9.....	19

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Ficha de Registro de Tumor.....	39
--	-----------

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 MÉTODO	13
3 RESULTADOS	144
3.1 Origem do encaminhamento	155
3.2 Intervalo de tempo entre 1ª consulta-1º diagnóstico e 1º diagnóstico-início do tratamento	17
3.3 Tipo de tratamento recebido na Instituição	200
4 DISCUSSÃO	222
5 CONCLUSÃO	322
REFERÊNCIAS	344

1 INTRODUÇÃO

A população brasileira vem experimentando mudanças significativas no seu perfil demográfico, consequência, entre outros fatores, do processo de urbanização populacional, da industrialização e dos avanços da ciência e da tecnologia. Os novos estilos de vida, a exposição, cada vez mais intensa, a fatores de risco próprios do mundo contemporâneo, a queda da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida decorrentes das melhorias nas condições sanitárias, fizeram com que houvesse um aumento progressivo na população de idosos no Brasil (ROSAS et al, 2013).

Esse processo de reorganização determinou grande modificação nos padrões de saúde-doença da população em geral. Tal modificação, conhecida como transição epidemiológica, foi caracterizada pela mudança no perfil de mortalidade com diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento concomitante da taxa de doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças cardiovasculares e o câncer (GUERRA et al, 2005).

De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer em todo o mundo, em 2012 (INCA, 2014). No Brasil, a estimativa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) para o ano de 2014, que será válida também para o ano de 2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576.580 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país (INCA, 2014).

Acredita-se que a incidência de câncer continuará aumentando nos países em desenvolvimento e crescerá ainda mais em países desenvolvidos, caso medidas preventivas não sejam amplamente aplicadas. A projeção para 2030 é uma carga global de 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer, em consequência do crescimento e do envelhecimento da população, bem como da redução na mortalidade infantil e nas mortes por doenças infecciosas nos países em desenvolvimento (INCA, 2014).

Nesse cenário, recursos e esforços devem ser direcionados para orientar as estratégias de prevenção e controle do câncer em todos os níveis desde a promoção da saúde, detecção precoce, assistência aos usuários, gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e vigilância do câncer e dos seus fatores de risco (INCA, 2009).

Tendo em vista o processo de transição epidemiológica, foram necessárias mudanças no processo de construção de saúde. Dentre essas mudanças, pode-se citar a reformulação nos processos de vigilância em saúde, incluindo as ações de vigilância com foco no câncer.

A vigilância do câncer destina-se, como em qualquer sistema de vigilância, a produzir informações para a tomada de decisões no processo de gestão da saúde em oncologia. Essas informações provêm dos registros de câncer, dos grandes sistemas de informação em saúde, de análises e estimativas a partir de bancos de dados, bem como de pesquisas e estudos epidemiológicos (INCA, 2014).

As informações em saúde geradas pelos sistemas de vigilância consolidam-se, portanto, como mecanismos estratégicos nas ações de mudança, na maneira de lidar com o processo saúde/doença/cuidado integral ao usuário, e têm como maior desafio instrumentalizar e manter os sistemas de informação oportunos e de qualidade, que subsidiem análises epidemiológicas como produto dos sistemas de vigilância, para uma melhor capacidade de intervenção sobre a realidade sanitária (MORAES, GONZÁLEZ DE GOMES, 2007).

Pela importância das informações geradas a partir dos processos de vigilância do câncer foi necessário o desenvolvimento de sistemas de informação para o atendimento das exigências legais relacionadas ao papel do INCA como consolidador e divulgador das informações relacionadas ao câncer no país. Em 2002, o INCA desenvolveu o Sistema de Informações do Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC) como aplicativo de armazenamento e processamento eletrônico das informações sobre os casos de câncer nas unidades hospitalares do país (INCA, 2005), obtidas a partir dos Registros Hospitalares de Câncer (RHCs).

Os RHCs foram instituídos pela Portaria nº 170/93 do Ministério da Saúde, que preconizava que todos os hospitais do SUS que realizavam atendimento oncológico e faziam parte do Sistema de Informações de Alta Complexidade em Oncologia deveriam ter RHCs implantados. Os RHCs coletam informações de todos os usuários com diagnóstico de câncer confirmado, atendidos no hospital no qual realizou diagnóstico e ou recebeu tratamento, a partir do prontuário e de outras fontes de dados (INCA, 2012).

Esses registros são capazes de subsidiar informações como a qualidade da assistência realizada, permitindo a avaliação dos resultados de protocolos terapêuticos, análise de sobrevida, aspectos culturais e demográficos dos usuários; recursos utilizados no diagnóstico e na terapêutica; evolução do tumor; estado geral do usuário ao longo do tempo e funcionam

também como instrumentos importantes de apoio a formulação de políticas públicas, como a Política Nacional de Atenção Oncológica. (INCA, 2000).

Adicionalmente, o INCA vem executando ações de apoio ao planejamento, à implantação e ao funcionamento dos RHCs no país, nas 264 habilitações para alta complexidade em oncologia (Centro de Alta Complexidade em Oncologia - CACON e Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON), o que propicia a ampliação e o aprimoramento da vigilância hospitalar de câncer no Brasil (INCA, 2012).

Dando continuidade ao processo de regulamentação, em 2005 é publicada a Portaria nº 741/05 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998; BRASIL, 2005), a qual apoia a integração das informações nacionais e fundamenta seu papel na vigilância hospitalar de câncer, sendo estabelecida a obrigatoriedade de envio de arquivos eletrônicos com dados desses registros para o INCA a partir de 2007. Desta forma, o RHC ganha maior relevância como ferramenta para o conhecimento e monitoramento da morbimortalidade por câncer (BRASIL, 2011).

Embora as legislações sejam fundamentais para implantação dos RHCs, o entendimento da função e da utilidade dos mesmos é tão importante quanto, já que possibilitam o retorno sobre o trabalho realizado pelas unidades hospitalares na assistência ao usuário com neoplasia maligna. Nesse sentido, é importante a divulgação de estudos epidemiológicos a partir dos SisRHCs, pois representam uma oportunidade na avaliação de informações de qualidade sobre a incidência e prevalência do câncer, propiciando a implantação de políticas públicas com ações de prevenção e detecção precoce, visando à redução de danos, às taxas de mortalidade e às despesas públicas.

Conforme Portaria nº 741/05 do Ministério da Saúde, o Hospital Universitário onde se realizou este estudo é referência para o tratamento do câncer na região central do estado do Rio Grande do Sul. Além disso, é classificado como uma UNACON e conta com serviços de radioterapia, hematologia e oncologia adulta e pediátrica, oferecendo assistência especializada e integral ao usuário com câncer, atuando na cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia, medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos, além de manter um RHC ativo.

Deste modo, o SisRHC deste Hospital constitui-se num recurso importante para o acompanhamento e avaliação da qualidade da assistência oncológica realizada, de acordo com a proposta do INCA para os RHCs nacionais (INCA, 2004).

Assim, o objetivo deste estudo é caracterizar o perfil da assistência aos usuários atendidos no Hospital Universitário, no período de 2010 a 2011, acometidos pelas neoplasias malignas mais prevalentes, ou seja, de mama, próstata, sistema hematopoiético e reticuloendotelial (topografia de doenças como as leucemias), pulmões e brônquios a partir da

análise dos seguintes dados do RHC: origem do encaminhamento, intervalo de tempo (em dias) transcorrido entre 1ª consulta-1º diagnóstico e 1º diagnóstico-início do tratamento, assim como caracterizar o perfil do tratamento realizado na instituição.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo. Analisou-se a base de dados do RHC referente ao Hospital Universitário, para o período de 2010 a 2011. A escolha do referido período deu-se devido à qualidade e fidedignidade dos dados que o compõe. É recente, na realidade deste Hospital, a existência de recursos humanos ampliados e qualificados para o registro e atualização das informações.

A amostra do estudo foi composta por 926 cadastros de neoplasias malignas incluindo as seguintes topografias, classificadas segundo da terceira edição da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O, 2005): mama (C50.0 a C50.9), próstata (C61.9 a C61.9), sistema hematopoiético e reticuloendotelial (C42.0 a C42.4), pulmões e brônquios (C34.0 a C34.9).

A base de dados do RHC utiliza o SisRHC como aplicativo de processamento e armazenamento de dados, e é gerada a partir da coleta de informações do prontuário na Ficha de Registro de Tumor (FRT) (Anexo 1), o qual é o instrumento padronizado para coleta de informações dos RHCs nacionais. A nomenclatura e definições referentes a cada variável são baseadas em classificações e padrões que, no Brasil, são elaborados pelo INCA (INCA, 2000).

Os critérios de inclusão do estudo foram os exigidos pelo programa SisRHC para o cadastro de casos analíticos na Instituição registradora. Os critérios de exclusão compreendem os casos não-analíticos referentes ao período do estudo. A análise dos casos analíticos deu-se devido a se caracterizarem como aqueles casos que chegam ao hospital sem diagnóstico e sem tratamento específico e recebem o tratamento no hospital, assim como aqueles que já chegam com o diagnóstico, sem contudo terem dado início ao tratamento antineoplásico e os usuários que chegam com diagnóstico e estão no curso do primeiro esquema terapêutico.

Os demais casos, ou seja, aqueles que chegam ao hospital com doença em estágio terminal, aqueles que já chegam com o primeiro tratamento realizado para apenas receberem uma modalidade terapêutica não disponível no hospital de origem, os que, por algum motivo, não chegam a realizar o primeiro tratamento preconizado, os que chegam para tratar recidivas tumorais ou para ouvir parecer sobre seu caso, retornando ao hospital de origem (INCA, 2010), são cadastrados como casos não analíticos por não serem de interesse prioritário da Instituição para efeitos de registro e acompanhamento temporal.

A análise consistiu na descrição das variáveis selecionadas da FRT. Avaliaram-se três variantes para o delineamento de características das neoplasias malignas: origem do encaminhamento, intervalo de tempo (em dias) transcorrido entre 1ª consulta-1º diagnóstico e 1º diagnóstico-início do tratamento, segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento no hospital e tratamento realizado na Instituição.

Os dados foram organizados no Programa *Microsoft Office Excel 2003 for Windows* e, posteriormente trabalhados estatisticamente no programa *Statistica SPSS* versão 13.0. Os procedimentos adotados neste estudo estão de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seguem os padrões éticos do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (número de protocolo CAAE 21509613.4.0000.5346).

3 RESULTADOS

Foram analisados 926 casos analíticos referentes ao período de 2010-2011 registrados no banco de dados do RHC do Hospital onde foi realizada esta pesquisa. Os casos de câncer eleitos para análise foram aqueles que apresentaram distribuição proporcional acima de 10%, ou seja, o repertório analítico foi selecionado em função da magnitude dos casos atendidos na unidade hospitalar, exceto os casos de câncer de pele.

Os casos de câncer de pele representam os tumores malignos de maior prevalência entre a população atendida neste Hospital Universitário, concordando com estimativas do INCA (2005), as quais o revelam como o primeiro e de maior prevalência no país.

Existem dois tipos específicos de câncer de pele: o melanoma e o não-melanoma. O primeiro possui notificação, nos RHC, pois é o mais agressivo e seu tratamento depende de procedimentos de alta complexidade, como radioterapia, quimioterapia e cirurgias mais profundas, e, portanto, um acompanhamento mais contínuo e minucioso; os seus números de incidência não são altos, em relação aos demais tipos de câncer. Possui maior letalidade, quando comparado ao outro tipo de câncer de pele, e tem-se observado um aumento em seus índices de acometimentos em pessoas de pele branca (INCA, 2005). Já o câncer de pele não-melanoma não requer notificação compulsória, é o mais incidente no país, possui baixa letalidade e, geralmente, é tratado nos ambulatórios de dermatologia e de pequenas cirurgias. Sua gravidade é medida pelo tempo e extensão da lesão por ele provocada, que pode resultar em deformidades físicas. Existe um considerável sub-registro, devido ao sub-diagnóstico e, também, por ser uma neoplasia de excelente prognóstico, com altas taxas de cura completa (INCA, 2005).

De acordo com as considerações citadas, faz-se importante a avaliação dos casos de câncer de pele melanoma a partir dos dados plotados no SisRHC, no entanto o mesmo não permite a distinção entre casos melanoma e não-melanoma para análise em estratos, visto que o SisRHC não classifica as neoplasias de acordo com o tipo morfológico do tumor, mas sim de acordo com a localização topográfica, assim ao analisar-se os casos de câncer melanoma, poder-se-ia correr o risco de viés e a análise contemplar todos os tipos de câncer de pele e não somente os casos de interesse. Portanto, neste estudo, as neoplasias malignas de pele do tipo melanoma não serão analisadas.

Foram identificadas as seguintes localizações topográficas: câncer de mama com prevalência de 34%, câncer de próstata representando 17,2%, tumores malignos do sistema hematopoiético e reticuloendotelial com 14% e neoplasias malignas de pulmões e brônquios com prevalência de 11,2% na população analisada.

Os resultados da análise do perfil da assistência de acordo com os casos mais prevalentes de câncer no Hospital, são apresentados a seguir, observando-se: origem do encaminhamento, intervalo de tempo (em dias) transcorrido entre 1ª consulta-1º diagnóstico e entre 1º diagnóstico-início do tratamento, assim como o tratamento recebido na instituição.

3.1 Origem do encaminhamento

A origem do encaminhamento define a procedência da referência do usuário antes de chegar ao UNACON. Nas tabelas seguintes, os dados citados como “sem informação” são referentes a prontuários incompletos, ou seja, prontuários nos quais essa informação deveria estar presente, mas não constava. Com relação ao termo “não se aplica”, o mesmo é uma codificação utilizada em alguns dos itens das FRT do RHC para identificar que esse parâmetro não deve ser avaliado para o tumor sob análise (INCA, 2010).

A distribuição proporcional dos casos de câncer de mama segundo a origem de encaminhamento para o Hospital está representada na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição proporcional dos casos de câncer de mama segundo a origem de encaminhamento para o hospital. Todas as idades. Topografia C50.0 a C50.9

Origem do encaminhamento	f	%
Serviços públicos de saúde	214	67,2
Serviços privados de saúde	91	28,6
Procura autônoma por atendimento	1	0,3
Não se aplica	1	0,3
Sem informação	11	3,4
Total	318	100,0

Com relação aos casos de câncer de próstata a origem do encaminhamento dos usuários atendidos no Hospital está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição proporcional dos casos de câncer de próstata segundo a origem de encaminhamento para o hospital. Todas as idades. Topografia C61.9 a C61.9

Origem do encaminhamento	f	%
Serviços públicos de saúde	128	73,5
Serviços privados de saúde	32	18,3
Não se aplica	1	0,5
Sem informação	13	7,4
Total	174	100,0

Os usuários atendidos nesta UNACON diagnosticados com tumores malignos do sistema hematopoiético e reticuloendotelial tem a origem do encaminhamento apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição proporcional dos casos de câncer do sistema hematopoiético e reticuloendotelial segundo a origem de encaminhamento para o hospital. Todas as idades. Topografia C42.0 a C42.4

Origem do encaminhamento	f	%
Serviços públicos de saúde	189	72,6
Serviços privados de saúde	38	14,6
Procura autônoma por atendimento	6	2,3
Sem informação	27	10,3
Total	260	100,0

Os casos de câncer de pulmões e brônquios a origem do encaminhamento dos usuários está representada na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição proporcional dos casos de câncer de pulmões e brônquios segundo a origem de encaminhamento para o hospital. Todas as idades. Topografia C34.0 a C34.9

Origem do encaminhamento	f	%
Serviços públicos de saúde	122	70,1
Serviços privados de saúde	24	13,7
Procura autônoma por atendimento	12	6,8
Sem informação	16	9,1
Total	174	100,0

3.2 Intervalo de tempo entre 1ª consulta-1º diagnóstico e 1º diagnóstico-início do tratamento

Essa categoria indica o tempo transcorrido em dias - ou seja, tempo de espera do usuário -, analisado entre dois momentos: intervalo entre 1ª consulta-1º diagnóstico e

intervalo entre 1º diagnóstico-início do tratamento (Tabela 5). Ressalta-se que o dado “intervalo de tempo” a ser analisado neste estudo, está diretamente relacionado à Clínica de entrada do usuário no Hospital.

Tabela 5 - Intervalo de tempo (em dias) transcorrido, segundo a mediana, entre 1ª consulta-1º diagnóstico, 1º diagnóstico-início do tratamento, segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento no hospital. Topografia C50.0 a C50.9

Clínica de primeiro atendimento	Mediana do tempo consulta/diagnóstico	Mediana do tempo diagnóstico/tratamento
Cirurgia Geral	48	65
Ginecologia	50	82,5
Hematologia	27	49
Clínica		
Oncologia Clínica	33	50
Radioterapia	122	81
Mastologia	26	26

Para os casos de câncer de mama, observaram-se diferenças de espera entre as clínicas de atendimento inicial. A Radioterapia foi a clínica que apresentou o maior tempo de espera (122 dias) entre 1ª consulta-1º diagnóstico. A Ginecologia obteve maior tempo de espera (82,5 dias) entre o 1º diagnóstico-início do tratamento, seguida pela Radioterapia (81 dias).

O intervalo de tempo entre 1ª consulta- 1º diagnóstico e 1ºdiagnóstico-início do tratamento do casos de câncer de próstata, é apresentada na Tabela 6.

Tabela 6 - Intervalo de tempo (em dias) transcorrido, segundo a mediana, entre 1ª consulta-1ºdiagnóstico, 1º diagnóstico-início do tratamento, segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento no hospital. Topografia C61.9 a C61.9

Clínica de primeiro atendimento	Mediana do tempo consulta/diagnóstico	Mediana do tempo diagnóstico/tratamento
Cirurgia Geral	113	0
Hematologia	24	53
Clínica		
Oncologia Clínica	83	59,5
Radioterapia	149	92,5
Urologia	85	58,5

Para os casos de câncer de próstata, a Radioterapia foi a clínica que apresentou o maior tempo de espera (149 dias) entre 1ª consulta-1º diagnóstico, seguida pela Cirurgia Geral, Urologia e Oncologia. Com relação ao 1º diagnóstico-início do tratamento a Radioterapia apresentou o maior intervalo (92,5 dias).

O intervalo de tempo entre 1ª consulta-1º diagnóstico e 1º diagnóstico-início do tratamento para os casos de neoplasias malignas do sistema hematopoiético e reticuloendotelial é apresentada na Tabela 7.

Tabela 7 - Intervalo de tempo (em dias) transcorrido, segundo a mediana, entre 1ª consulta-1º diagnóstico, 1º diagnóstico-início do tratamento, segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento no hospital. Topografia C42.0 a C42.4

Clínica de primeiro atendimento	Mediana do tempo consulta/diagnóstico	Mediana do tempo diagnóstico/tratamento
Clínica Médica	14	8
Hematologia Clínica	1	1
Oncologia Clínica	2	10
Pediatria	1	0
Sem informação	1	0

Os casos de neoplasias malignas do sistema hematopoiético e reticuloendotelial apresentaram o maior tempo de espera entre 1ª consulta-1º diagnóstico na Clínica Médica (14 dias). No que se refere ao tempo entre 1º diagnóstico-início do tratamento, a Oncologia Clínica obteve a maior espera (10 dias).

Os casos de neoplasias malignas de pulmões e brônquios tem seu intervalo de tempo entre 1ª consulta-1º diagnóstico e 1º diagnóstico-início do tratamento apresentada na Tabela 8.

Tabela 8 - Intervalo de tempo (em dias) transcorrido, segundo a mediana, entre 1ª consulta-1º diagnóstico, 1º diagnóstico-início do tratamento, segundo a clínica responsável pelo primeiro atendimento no hospital. Topografia C34.0 a C34.9

Clínica de primeiro atendimento	Mediana do tempo consulta/diagnóstico	Mediana do tempo diagnóstico/tratamento
Cabeça e Pescoço	6	7
Cirurgia Geral	85	0
Cirurgia Torácica	50	38

Clínica Médica	35	0
Hematologia Clínica	23,5	4
Oncologia Clínica	16	16
Pneumologia	24	0
Radioterapia	66	40

Os casos de neoplasias malignas de pulmões e brônquios demonstraram o maior tempo de espera entre a 1ª consulta-1º diagnóstico na Cirurgia Geral (85 dias). No que se refere ao tempo entre 1º diagnóstico-início do tratamento, a Radioterapia obteve a maior espera (40 dias).

3.3 Tipo de tratamento recebido na Instituição

Os usuários com câncer atendidos no Hospital sob análise podem receber tipos diversos de tratamento dependendo do diagnóstico inicial, prognóstico da doença, resposta terapêutica, entre outros.

Na Figura 1 são apresentados os tipos de tratamentos realizados para os casos de câncer de mama.

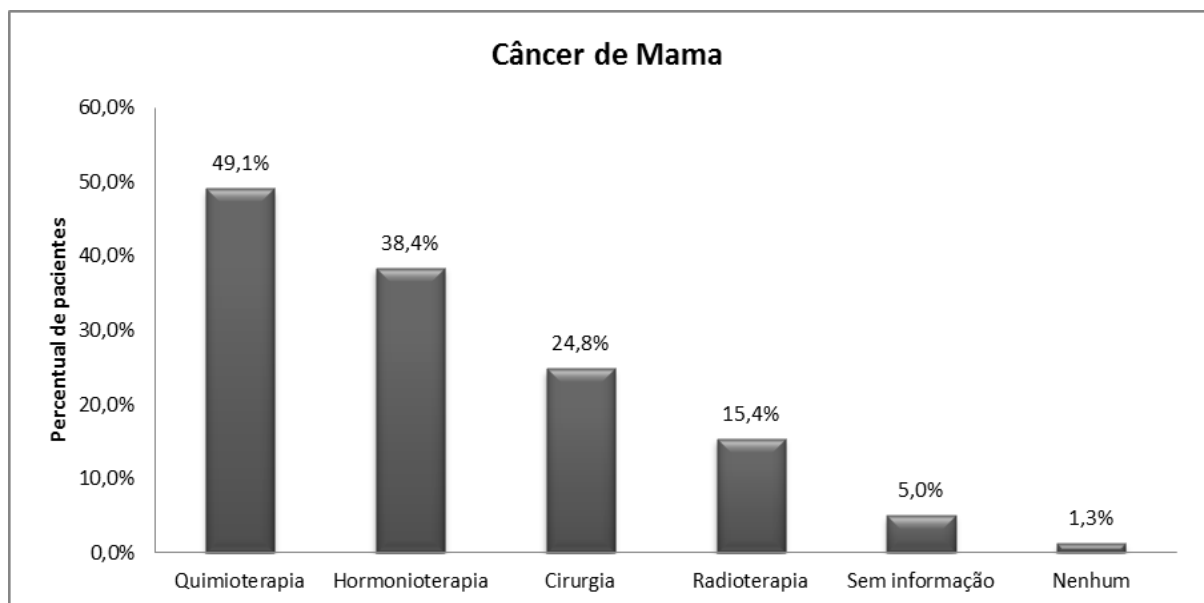


Figura 1 - Tipos de tratamento realizados pelos usuários com câncer de mama atendidos no hospital no período de 2010 a 2011. Topografia C50.0 a C50.9

Para os casos de câncer de próstata os resultados do tipo de tratamento recebido na Instituição estão apresentados na Figura 2.

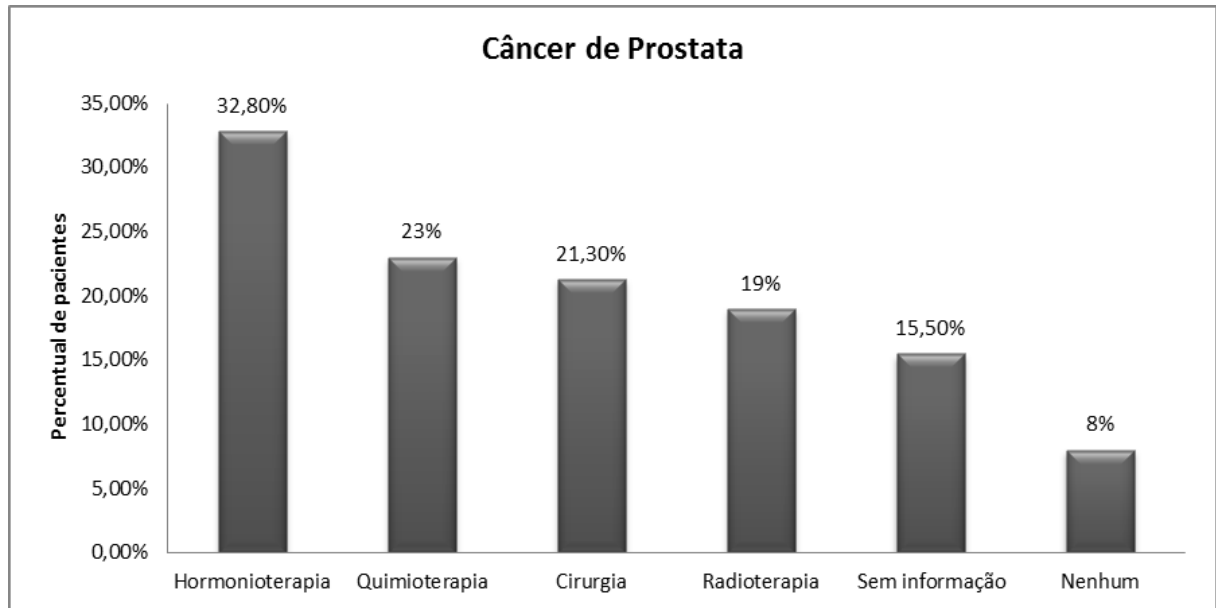


Figura 2 - Tipos de tratamento realizados pelos usuários com câncer de próstata atendidos no hospital no período de 2010 a 2011. Topografia C61.9 a C61.9

Os resultados do tipo de tratamento recebido no Hospital para os casos de câncer do sistema hematopoiético e reticuloendotelial estão apresentados na Figura 3.

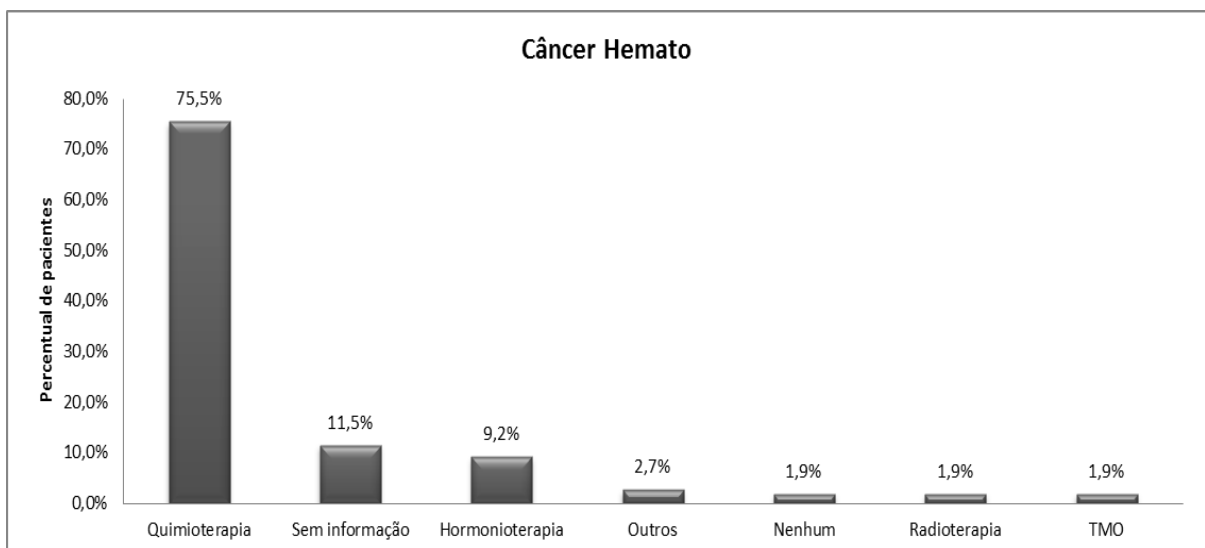


Figura 3 - Tipos de tratamento realizados pelos usuários com câncer do sistema hematopoiético e reticuloendotelial atendidos no hospital no período de 2010 a 2011. Topografia C42.0 a C42.4

Para os casos de câncer de pulmões e brônquios os resultados do tipo de tratamento recebido no Hospital estão apresentados na Figura 4.

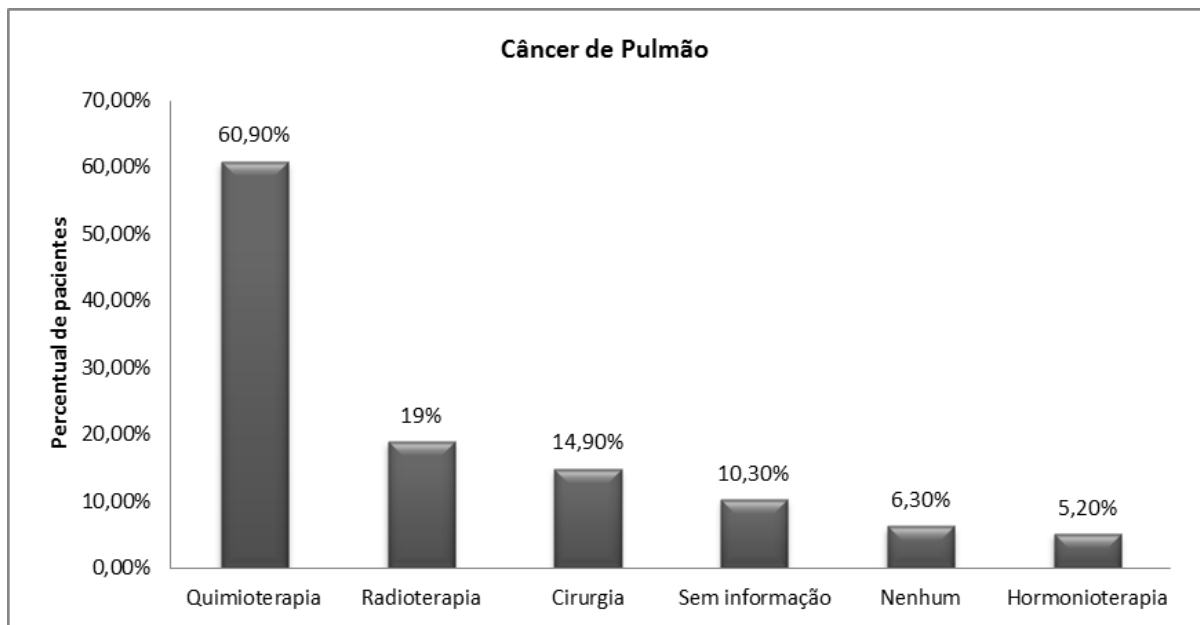


Figura 4 - Tipos de tratamento realizados pelos usuários com câncer de pulmões e brônquios atendidos no hospital no período de 2010 a 2011. Topografia C34.0 a C34.9

4 DISCUSSÃO

Geralmente, os hospitais que atendem usuários com câncer, sejam eles gerais ou especializados, possuem estrutura complexa e sofisticação tecnológica. Assim sendo, funcionam como unidades de referência no sistema de saúde. Normalmente classificados como unidade em nível terciário de atendimento, e, como tal, deveriam receber apenas os usuários encaminhados por outras unidades de saúde de menor complexidade e capacidade instalada, já com diagnóstico pré-estabelecido ou para confirmação diagnóstica (INCA, 2010).

Pode-se, então, tomar o item “origem do encaminhamento” como medida para caracterizar a origem dos usuários e como está funcionando o sistema de referência com a rede primária e secundária de atendimento ao usuário com câncer.

Considerando que o Hospital onde esta pesquisa foi realizada é público e atende a usuários pertencentes à região central do estado do RS (cerca de 40 municípios de médio e pequeno porte), é esperado que a maioria dos encaminhamentos sejam proveniente de serviços públicos do SUS. Recentes estudos realizaram comparações com relação ao significado da origem do encaminhamento dos usuários, especialmente nos casos de câncer de mama (ARREGI, 2000; FERREIRA e SILVA et al., 2013; PINHEIRO et al., 2013), e encontraram que 67,2% dos usuários que chegaram ao Hospital vieram encaminhados por serviços públicos. Esse resultado também está de acordo com os achados de Soares et al., (2010), no qual 68,1% da população analisada procedia do serviço público.

Segundo Ferreira e Silva et al., (2013), os usuários encaminhados pelos serviços públicos para o tratamento do câncer de mama tem 1,94 vezes mais chances de estadiamento tardio no momento do diagnóstico. Neste trabalho não foi realizada análise sobre o estadiamento do tumor, pois não foi possível obter tais informações devido a existência de um alto percentual de “sem informação” para essa variável no período analisado. No entanto, o estudo de Ferreira e Silva et al (2013) aponta para a necessidade de uma melhor estruturação dos serviços de saúde que integram o SUS, a fim de evitar-se o diagnóstico tardio e, conseqüentemente, pior prognóstico.

Os resultados encontrados neste estudo também corroboram com os resultados de Pinheiro et al., (2013), no qual o número de mulheres encaminhadas pelos serviços da rede pública de saúde para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama foi superior ao quantitativo encaminhado pela rede privada ou que procurou o serviço por conta própria.

Para os casos de câncer de próstata, 73,5% dos usuários receberam encaminhamento de serviços públicos, resultado esse que está de acordo com os achados de Zacchi (2012), em que 60,0% dos usuários com neoplasia maligna de próstata tinham encaminhamento proveniente do SUS.

Sabe-se que atual organização do SUS para a oferta de serviços, estabelecendo a atenção primária como porta de entrada e origem de encaminhamento para os demais níveis de atenção, pode retardar o diagnóstico de rastreamento pelas dificuldades da acessibilidade sócio organizacional comprometida pelos horários de funcionamento dos serviços, que raramente privilegiam os trabalhadores através da oferta de turnos diferenciados ou horários estendidos, além da necessidade de diversos deslocamentos a serviços diferentes para

conseguir o atendimento necessário (ASSIS, VILLA, 2003, TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

Como nos casos de câncer de mama e de câncer de próstata, as neoplasias malignas do sistema hematopoiético e reticuloendotelial e câncer de pulmões e brônquios também apresentaram, em sua maioria, atendimentos de usuários com encaminhamento de serviços públicos com percentual de 72, 6 e 70, 1%, respectivamente.

Estudos prévios tem estabelecido um comparativo entre a origem do encaminhamento do usuário de serviços públicos com o desfecho do seguimento do tratamento no hospital. Assim, desigualdades sociais, principalmente relacionadas às dificuldades de acesso e acessibilidade por parte da população menos favorecida e dependente do SUS são apontadas como possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de doenças e dificuldades para o diagnóstico e tratamento (INCA, 2008).

O câncer é uma doença tempo-dependente, ou seja, quanto antes for diagnosticado e iniciado o tratamento, melhores são as chances de cura e controle. As filas de espera para início do tratamento antineoplásico nos serviços que compõem a rede de atenção oncológica são um desafio atual e complexo.

Dada a magnitude desta problemática no cenário da Saúde Pública nacional, foi sancionada em 22/11/2012 a Lei nº 12.732/12, em vigor desde 23/05/2013. Esta lei preconiza que pacientes com neoplasia maligna deverão ter o início do seu tratamento assegurado em no máximo 60 dias após a inclusão da doença em seu prontuário, ou em prazo menor, caso o paciente apresente necessidade terapêutica para tal (PARO, 2013). Pela lei, o prazo começa a contar a partir do registro do diagnóstico no prontuário, mas no dia 05/09/2013, a Justiça Federal determinou que o prazo passe a contar da data do diagnóstico. Segundo o INCA (2010), os seguintes parâmetros de análise devem ser utilizados: a mediana do intervalo de tempo transcorrido entre a data da primeira consulta e a data do diagnóstico confirmado de câncer deve ser inferior a 60 dias e a mediana do intervalo de tempo entre a data do diagnóstico e data do início do tratamento deve ser inferior a 30 dias.

Para os casos de câncer de mama analisados neste estudo, pode-se observar que o tempo entre a primeira consulta no Hospital e o diagnóstico de câncer, não ultrapassou o período preconizado pelo INCA de 60 dias nas clínicas analisadas, exceto a Radioterapia que apresentou uma mediana de tempo de 122 dias.

A partir do elevado intervalo de tempo da Radioterapia, infere-se que, possivelmente, esse esteja diretamente relacionado com casos analíticos de neoplasias malignas que já chegam ao Hospital com diagnóstico prévio, ou seja, o mesmo foi realizado em outro hospital

de média ou alta complexidade. Sendo assim, no momento do preenchimento da FRT para envio ao INCA, é atribuído ao item “data do 1º diagnóstico”, uma data que refere-se a um período anterior à 1ª consulta na clínica de entrada no Hospital, no caso Radioterapia. Assim, o tempo de espera começa a contar desde essa data anterior, até o momento de sua primeira consulta na clínica de entrada do hospital. Esta análise também considera eventuais diferenças nos tempos de espera quando a clínica de entrada não é a mesma daquela do diagnóstico, havendo necessidade de reorientação de encaminhamentos.

Com relação a mediana do intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, apenas a Mastologia cumpriu o parâmetro do INCA (mediana inferior a 30 dias). Paro (2013) analisou indicadores de produtividade relacionados ao tempo de espera para o atendimento em um hospital, e de acordo com os resultados encontrados, tal como neste estudo, a Clínica da Mastologia do hospital avaliado não cumpriu com o parâmetro preconizado pelo INCA.

A Ginecologia obteve maior tempo de espera, 82,5 dias, entre o primeiro diagnóstico e início do tratamento, seguida pela Radioterapia com 81 dias. Brito; Portela; De Vasconcellos (2005) encontraram um intervalo de tempo médio de 2,4 meses entre diagnóstico e início do tratamento na população com câncer de mama atendida em Unidades Isoladas de Radioterapia e Quimioterapia e nos CACON pertencentes a rede do SUS no Rio de Janeiro.

É imperativo identificar e problematizar fatores que interfiram no longo tempo de espera - que pode chegar a 81 dias - para iniciar o tratamento radioterápico, comprometendo o prognóstico, com risco de disseminação da doença. Esse atraso para o início da terapia pode ser atribuído à dificuldade no acesso ao tratamento devido à grande demanda para a Unidade de Radioterapia do Hospital. Assim, o atendimento para a realização do tratamento radioterápico necessita ser agilizado, seja com a criação de políticas de saúde específicas para oncologia, que agilizem e melhorem o acesso aos serviços de tratamento, seja com otimização de recursos humanos e físicos ou a aquisição de equipamentos para os hospitais, a fim de minimizar danos ao usuário com câncer devido ao atraso ou inacessibilidade ao tratamento.

A análise do tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico nas clínicas que atenderam usuários com câncer de próstata mostrou intervalo de tempo variado dependendo da clínica analisada. Assim, a Cirurgia Geral, a Oncologia Clínica, a Radioterapia e a Urologia apresentaram tempo igual/superior a 83 dias podendo chegar a 149 dias para a Radioterapia.

Convém esclarecer que de acordo com estrutura organizacional do Hospital onde foi realizada esta pesquisa, os serviços de Hematologia Clínica e o de Oncologia Clínica

funcionam como unidade única, ou seja, os casos de tumores malignos líquidos e sólidos são tratados em um único serviço, o serviço de Hematologia-Oncologia e não respectivamente na Hematologia Clínica e Oncologia Clínica. No entanto, a FRT preconiza as clínicas separadamente, com isso, para fins de registro no RHC deste Hospital o preenchimento é realizado de maneira aleatória.

Portanto, apesar da Hematologia Clínica apresentar um tempo de espera satisfatório, a sua análise como clínica isolada no hospital não retrata a realidade do serviço, pois tendo em vista que a Oncologia Clínica apresenta um tempo insatisfatório, classifica-se que o serviço de Hematologia-Oncologia deste Hospital não atende ao intervalo de tempo entre 1ª consulta-1º diagnóstico preconizado pelo INCA nos casos de câncer de próstata. Para as demais neoplasias malignas sob análise, os intervalos de tempo encontrados, tanto para os casos da Hematologia Clínica, quanto para os casos da Oncologia Clínica, encontram-se em concordância, o que evidencia que o serviço de Hematologia-Oncologia desta UNACON está de acordo com as preconizações do INCA.

Paro (2013) também encontrou intervalos de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico superiores os preconizados pelo INCA, como a Clínica Médica, Cirurgia Geral, Oncologia Clínica, entre outras. Chama-se a atenção para o elevado período de tempo que envolve a Radioterapia, neste caso justifica-se atribuindo essa longa espera a possíveis casos de diagnósticos prévios, conforme explicitado acima para os casos das neoplasias malignas de mama.

Além disso, a Radioterapia também apresentou intervalo de tempo de 92,5 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento nos casos de câncer de próstata, ou seja, não cumpriu o tempo estimado pelo INCA. Essa problemática pode ser atribuída, assim como para os casos de câncer de mama, à elevada demanda junto a Unidade de Radioterapia, assim como a necessidade de planejamento e gestão de qualidade dos sistemas de cuidado que devem ser implementados para garantir atendimento de excelência em saúde à população. Pois, a preocupação não deve estar voltada somente para o tratamento em si, mas para toda a trajetória do paciente até acessar uma unidade especializada em oncologia, visto que, muitas vezes, há demora na realização de exames de imagem e de biópsias que podem impactar negativamente na qualidade do tratamento. Por isso, é importante que o caminho a ser percorrido pelo usuário na rede esteja claramente definido e que esforços sejam colocados em prática no intuito de facilitar cada etapa dessa trajetória.

Com relação a análise do intervalo de tempo entre primeira consulta e diagnóstico de usuários com neoplasias malignas do sistema hematopoiético e reticuloendotelial o tempo

apresentado está de acordo com as preconizações do INCA. Quando o foco da análise está no intervalo de tempo entre o diagnóstico e o tratamento os intervalos de tempo apresentados pelas clínicas também se enquadram nas preconizações do INCA, para a Hematologia Clínica o tempo de espera é de 1 dia, já para a Oncologia Clínica o tempo máximo de espera foi de 10 dias. Esse resultado está de acordo com Borges et al. (2009), o qual encontrou que após a definição do diagnóstico, 86% das usuários com câncer do sistema hematopoiético iniciaram o tratamento em tempo inferior a um mês, geralmente entre 3-15 dias.

O tempo menor de espera nas neoplasias do sistema hematopoiético e reticuloendotelial pode ser atribuído, nos casos da leucemias, ao fato de que os exames laboratoriais diagnósticos serem, quase que exclusivamente, realizados no Laboratório de Hematologia-Oncologia do Hospital e, portanto, com maior agilidade: o tratamento quimioterápico foi iniciado em um intervalo de tempo menor, que variou de 1-8 dias, tempo necessário para aguardar os exames, instalar cateter, orientar a família e obter o termo de consentimento informado.

Já, para os demais casos de câncer atendidos o tempo de espera variou de 8-10 dias, para realização de biópsia, instalação de cateter, estadiamento e obtenção do resultado do exame anatomopatológico e de imuno-histoquímica, os quais são realizados, em sua maioria no Laboratório de Patologia da UFSM, orientação à família e assinatura do termo de consentimento informado, no entanto, mesmo assim cumpre com as preconizações do INCA.

Para as neoplasias malignas de pulmões e brônquios a análise do intervalo de tempo entre primeira consulta e diagnóstico nas clínicas do hospital apresentou-se heterogênea. Assim, clínicas como Cabeça e Pescoço, Cirurgia Torácica, Clínica Médica, Hematologia Clínica, Oncologia Clínica e Pneumologia apresentaram intervalos de tempo ideias de acordo com o preconizado pelo INCA.

A Cirurgia Geral e a Radioterapia apresentaram intervalo de tempo superior a 60 dias, em não conformidade com o INCA. Os elevados intervalos de tempo para essas clínicas podem estar relacionados a um diagnóstico prévio ou, a eventuais diferenças nos tempos de espera quando a clínica de entrada não é a mesma daquela do diagnóstico.

Quando é analisado o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o tratamento para casos de neoplasias malignas de pulmões e brônquios, o resultado encontrado no Hospital está em conformidade com o INCA para algumas clínicas como: Cabeça e Pescoço, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Hematologia Clínica, Oncologia Clínica, Pneumologia. Já para a Radioterapia e a Cirurgia Torácica o tempo ultrapassa o limite estabelecido pelo INCA, com intervalo de tempo de 40 e 38 dias, respectivamente.

Seguindo na direção de traçar o perfil da assistência direcionada ao usuário hemato-oncológico, faz-se importante a discussão do tipo de tratamento empregado. Nas duas últimas décadas, o tratamento de câncer de mama tem apresentado transformações e aperfeiçoamentos que seguem a dinâmica dos novos avanços da medicina. A cirurgia, associada à radioterapia e à terapia adjuvante (quimioterapia e hormonioterapia), tem como objetivo erradicar a doença local, reduzir ou prevenir a recorrência loco-regional e prolongar a sobrevida (VERONESI et al.; FISCHER et al., 2002).

Com relação ao tipo de tratamento recebido na Instituição convém citar que a escolha do tratamento eficaz para o câncer é realizada baseando-se principalmente no estadiamento da doença e visa não apenas ao tumor primário, mas possíveis metástases, diminuição de sintomas, melhora da qualidade e sobrevida dos usuários (RODRIGUES, FERREIRA, 2010).

Neste estudo, com relação ao câncer de mama, a maioria dos usuários foram submetidos ao tratamento quimioterápico, à cirurgia de tumor maligno e à radioterapia. De acordo com os protocolos nacionais e internacionais vigentes, a prevalência destes procedimentos já era esperada (BRITO, 2004).

Dentre esses tratamentos, a quimioterapia respondeu 49,1% dos casos. O tratamento do câncer de mama com a utilização de quimioterápicos pode ter objetivos curativos ou paliativos, representando avanços na cura e controle da doença, aumentando a expectativa e qualidade de vida dos usuários com câncer de mama (ROSA et al., 2003).

A maioria dos quimioterápicos antineoplásicos atua de forma não específica, lesando tanto células malignas quanto benignas, no entanto a quimioterapia como modalidade de tratamento do câncer de mama tem sua finalidade estabelecida, seja em caráter neoadjuvante, adjuvante ou paliativo (SALES et al., 2001). Esses resultados corroboram com achados de Rodrigues; Ferreira (2010) onde a maioria, 90,4% dos casos com câncer de mama analisados, foi submetida à quimioterapia.

O segundo tipo de tratamento mais frequente foi a hormonioterapia, alcançando 38,4%. Segundo Brito; Portela; De Vasconcellos (2005) a utilização da hormonioterapia para o tratamento dos usuários com câncer de mama é percentualmente maior do que a sua não-utilização. Isso se deve à maior prevalência de receptores hormonais positivos na população feminina em geral, bem como à eficácia dessa terapêutica na diminuição da ocorrência de micro metástase nos casos de câncer de mama, além de reduzir o risco de recidiva local e aumentar a sobrevida (SMITH; ROSS, 2004). Diferentemente do achado em nosso estudo, Rodrigues e Ferreira (2010) encontraram um percentual de apenas 6% dos casos tratados com hormonioterapia.

Ainda para os casos de câncer de mama, o tratamento cirúrgico respondeu por 24,8% dos casos. A cirurgia é considerada o tratamento primário do câncer de mama, seja uma cirurgia radical ou um procedimento conservador, essa pode ser considerada a principal abordagem terapêutica para a neoplasia maligna de mama. Por quase um século, foi utilizada como o único tratamento da doença e os relatos históricos demonstram que reduz de duas a três vezes o risco de morte pelo câncer (TIEZZI, 2010).

Brito; Portela; De Vasconcellos (2005) encontraram um percentual de procedimentos cirúrgicos em usuários com câncer de mama atendidos em CACON de 82,4%, comparado a 100% dos atendidos nas Unidades Isoladas de Radioterapia e Quimioterapia. No referido estudo esse fato foi associado ao número elevado de casos (43,9%) que tiveram o diagnóstico em estádios avançados nas unidades de saúde do complexo terciário, onde a perspectiva de cura não é mais viável.

Por fim, 15,4% dos usuários com neoplasia maligna de mama submeteram-se ao tratamento radioterápico que, de acordo com a literatura, é realizado em associação com outros tipos de terapias. Brito; Portela; De Vasconcellos (2005), verificaram que a maioria dos usuários que realizaram quimioterapia também foram submetidos ao tratamento local (cirurgia e radioterapia) e a tratamento sistêmico (hormonioterapia). Neste estudo, na análise dos resultados, buscou-se a avaliação da sequência dos tipos de tratamentos realizados no Hospital, no entanto, devido ao elevado número de combinações e sequências heterogêneas encontradas, a análise ficou prejudicada.

O tratamento do câncer de próstata evoluiu muito nos últimos anos; no entanto, não se tem resultados satisfatórios, principalmente quando o diagnóstico é realizado em estágios avançados, impossibilitando uma cura completa (ROSAS, 2013). Além disso, a tomada de decisões no manejo dessa neoplasia é complexa e deve ser individualizada, levando-se em consideração aspectos como expectativa de vida, resultados terapêuticos a médio e longo prazo e as consequências das principais alternativas terapêuticas atualmente disponíveis, contemplando aspectos como a função sexual, continência urinária e os outros efeitos colaterais (RHODEN; AVERBECK, 2010).

Normalmente nos estádios iniciais da doença é realizado apenas um tipo de tratamento, pois o câncer está localizado e é potencialmente curável através de cirurgia ou radioterapia, enquanto que nos estádios mais avançados geralmente uma combinação de tratamento é utilizada como bloqueio hormonal, cirurgia radical e radioterapia (BRASIL, 2002).

Dos 174 casos de câncer de próstata analisados, 32,8% realizaram hormonioterapia. Esse resultado corrobora com os achados de Zacchi (2012) no qual 50% dos usuários foram submetidos a hormonioterapia exclusiva e 15% foram tratados com uma combinação de radioterapia com hormonioterapia. Segundo Rhoden e Averbeck (2010) usuários com recidiva sistêmica devem ser submetidos à ablação androgênica, ou seja, ao tratamento hormonal que visa bloquear a produção ou ação de hormônios masculinos. As evidências disponíveis sugerem que a hormonioterapia precoce é superior em termos de sobrevida nas neoplasias malignas de próstata (POMPEO, 2005), e nos casos de câncer de próstata metastático é o tratamento mais indicado (KALIKS; GIGLIO, 2008).

A quimioterapia foi eleita como tratamento de escolha em 23,0% dos casos. Segundo a literatura esse tratamento tem sido utilizado em tumores avançados ou metastáticos, porém, os resultados não são animadores. A utilização de apenas uma droga ou a associação de várias drogas vem sendo propostas, entretanto, até o momento não se pode concluir quanto sua eficácia (WROCLAWSKI et al., 2003).

Ainda para o câncer de próstata, um percentual de 21,3% dos casos foram submetidos a procedimentos cirúrgicos. De acordo com Cauwelaert; Aguirre; Sandoval (2006) a cirurgia é considerada um tratamento eficaz e curativo, no entanto, apesar da eficácia desse tratamento, Srougi (2007) ressalta que este é um procedimento muito agressivo e pode acarretar certas complicações como incontinência, fugas involuntárias de urina e impotência sexual. Mesmo assim, há possibilidade de se corrigir tais problemas, obtendo-se a cura do paciente.

De todos os casos de câncer de próstata analisados, 19,0% realizaram a radioterapia. Quando o câncer prostático encontra-se localizado, a radioterapia é uma das opções de tratamento vigentes (SHAHI; MANGA, 2006). Esta se baseia em administrar radiações externas ou internas sobre a próstata para destruir as células cancerígenas (SROUGI, 2007). No entanto, alguns estudos demonstram que usuários tratados com radioterapia apresentaram curva de sobrevida pior do que a daqueles tratados com prostatectomia radical, com sobrevidas de cinco e dez anos de 79,8% e 53,9%, comparadas com sobrevidas de, respectivamente, 96,5% e 76,9%, para os pacientes cirúrgicos (MIGOWSKI; SILVA, 2010).

Para os casos de câncer do sistema hematopoiético e reticuloendotelial, do total de 261 casos analisados, 75,5% realizaram quimioterapia, 9,2% hormonioterapia, 1,9% radioterapia e 1,9% TMO. Borges et al. (2009) em um estudo que avaliou as neoplasias do sistema hematopoiético da infância e adolescência, obteve como principal forma de tratamento a quimioterapia, realizada em 90% dos casos e a radioterapia em 14% deles.

Com relação ao TMO, Pimentel e Lacerda (1991), trazem a evolução desse tratamento nas últimas décadas, passando de tratamento de último recurso nas doenças hematológicas, para uma modalidade terapêutica com papel curativo bem definido nas neoplasias hematológicas.

O câncer de pulmão, assim como a maioria dos tumores, é uma afecção cujo tratamento pode compreender mais de uma especificidade. No entanto, cada uma delas tem uma fase ou estágio da doença, em que seu rendimento, quando aplicadas isoladamente ou em combinação, é maior e melhor (KATZ, 2014).

Dos 174 casos analisados de câncer de pulmões e brônquios atendidos no Hospital, 60,9% realizaram quimioterapia. A quimioterapia normalmente é usada em casos avançados, observando-se, portanto, uma sobrevida baixa. Além da melhora da qualidade de vida, apesar dos efeitos colaterais dos quimioterápicos, notam-se sobrevidas médias de até 15 meses em pacientes responsivos (KLASTERSKY; PAESMANS, 2004).

O tratamento radioterápico foi realizado em 19,0% dos casos. A radioterapia representa um tratamento alternativo para os usuários com câncer de pulmão inicial que não sejam candidatos à ressecção cirúrgica. A literatura reporta sobrevida de cinco anos em 10 a 30% dos usuários tratados com essa modalidade e controle local entre 50 e 70 % (KATZ, 2014).

Aproximadamente 40-70% dos casos de câncer de pulmões e brônquios apresentam doença avançada no momento diagnóstico (RAMALINGAM; BELANI, 2004). Esse fato é devido aos sintomas do câncer de pulmão surgirem, geralmente, quando a doença já está em estágio mais avançado. Em razão disso, a maior parte dos diagnósticos é feita de forma tardia, uma vez que tumores iniciais, por não produzirem sintomas, não justificam procedimentos investigatórios (INCA, 2012).

Para o diagnóstico em fase avançada da doença, que envolve da maioria dos casos, os índices de cura são bastante baixos com qualquer das modalidades terapêuticas disponíveis e o objetivo do tratamento é somente paliativo, melhorando a qualidade de vida dos usuários. O tratamento operatório, que nestas condições tende a ser mais agressivo, extenso e, portanto, expõe o usuário a maior risco sem perspectiva de cura, deixa de ser indicação, em favor da quimioterapia e ou radioterapia, tratamentos menos traumáticos e com menor morbidade (KATZ, 2014).

Assim, apenas 14,9% dos usuários com neoplasias malignas de pulmões e brônquios receberam o tratamento cirúrgico, o qual encontra seu melhor resultado nas fases precoces da doença, mais especificamente os estádios I e II, especialmente no primeiro, sendo nestas

condições, sempre que possível, o tratamento de escolha. Já, nos estádios mais avançados III e IV o tratamento cirúrgico não tem papel terapêutico relevante (KATZ, 2014).

Considerando que, os tratamentos quimioterápicos são realizados em usuários com doença em estágio avançado (III e IV) e os procedimentos cirúrgicos trazem melhores resultados em casos de doença em estágio precoce (I e II), pode-se sugerir que, apesar de não ter-se realizado identificação do estágio da doença neste trabalho, que, a maioria dos usuários que chegam nesta Instituição em busca de atendimento encontram-se em estágio avançado da doença.

5 CONCLUSÃO

Com relação aos achados deste estudo, para a origem do encaminhamento das neoplasias malignas destacaram-se os casos encaminhados via sistema público de saúde, fato este que pode estar relacionado com o desfecho do seguimento do tratamento no hospital.

Além disso, para os casos de cânceres de mama, próstata e pulmão, a Radioterapia destacou-se como a clínica com o maior intervalo de tempo entre 1ª consulta-1º diagnóstico, distante das preconizações do INCA. Essa problemática pode estar relacionada ao fato desses usuários já chegarem ao hospital com um diagnóstico prévio, ou entrarem por uma clínica que não a do diagnóstico, havendo a necessidade de encaminhamento. Já, para o intervalo de tempo entre 1º diagnóstico-início do tratamento, a Radioterapia também apresentou o maior tempo de espera. Existem possíveis fatores relacionados a esse atraso, como a falta de políticas públicas efetivas e a necessidade de melhorias na gestão do sistema de saúde, em busca da integralidade, universalidade e igualdade no atendimento ao usuário do SUS.

Para os casos de câncer do sistema hematopoiético e reticuloendotelial, os tempo de espera apresentados pelas clínicas estão de acordo com as preconizações do INCA, tanto para o intervalo entre 1ª consulta-1º diagnóstico, quanto para o intervalo entre 1º diagnóstico-início do tratamento.

Com relação ao tipo de tratamento, para as quatro localizações topográficas do câncer avaliadas visualizou-se a existência de uma associação de tratamentos, incluindo quimioterapia, cirurgia, radioterapia, hormonioterapia.

Observaram-se também limitações para a análise de alguns dados, como o estadiamento do tumor e tipo histológico do câncer, as quais estão diretamente relacionadas com a qualidade da informação do RHC, refletindo diretamente a qualidade da informação disponível nos registros hospitalares. Assim, nota-se que, para garantir a qualidade das informações dos RHC, o prontuário deve estar completo, de forma que as informações necessárias ao cadastro do tumor possam ser coletadas corretamente.

Portanto, é necessária a busca constante pelo aprimoramento da informação registrada desde o momento da entrada do usuário no serviço, para que o RHC possa cumprir de maneira adequada sua função de ferramenta de gestão da assistência oncológica hospitalar. Para isso, são necessários a participação e o comprometimento de todos os atores envolvidos no RHC, desde os profissionais de saúde assistenciais até os gestores do sistema de saúde, assim como a disponibilidade de recursos físicos e tecnológicos para a adequada implementação do sistema de informação desde a etapa de registro até a divulgação da informação.

Além disso, demonstra-se nesse estudo o potencial de utilização das informações do RHC do referido Hospital, como base de dados para o levantamento de informações e o desenvolvimento de estudos epidemiológicos. No entanto, a maior potencialidade da utilização das bases de dados dos RHC está voltada à gerência hospitalar, contribuindo na avaliação da atuação da rede hospitalar pública no país, na área de assistência oncológica, estimulando a formulação e implantação de melhorias na assistência à saúde, pautadas na definição de prioridades baseadas em evidências e na participação de todos os atores envolvidos na assistência oncológica.

REFERÊNCIAS

ARREGI, M.M.U.; Registro Hospitalar de Câncer: Cinco anos de experiência no Instituto Do Câncer Do Ceará, Brasil, **Revista Brasileira de Cancerologia**, 46(4): 377-87, 2000.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S. Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. saúde coletiva**, 8(3):815-23, 2003.

BORGES, J. B. R., LOGGETTO, S., GIATTI, M. J. L., DE CAMARGO, A. C. M., PEREIRA, A. C. P., MIAZAKI, A. P., DOS SANTOS, T. A. Caracterização das pacientes na infância e adolescência portadoras de câncer no município de Jundiá e Região. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, 55(4), 337-343, 2009.

BRITO, C., Avaliação do tratamento à paciente com câncer de mama nas unidades oncológicas do sistema único de saúde no estado do Rio de Janeiro, Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2004.

BRITO, C; M; PORTELA, M.C; DE VASCONCELLOS, M.T.L. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro, **Rev Saúde Pública**, 39(6),874-881, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3535, de 02 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Diário Oficial da União, Brasília; Sec.1:53-54, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev. Câncer da próstata: consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 741, 19 de dezembro de 2005, com Anexos: Definem as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades e inclui outras providências. Diário Oficial da União, Brasília; Sec.1:113, 2005.

BRASIL, N., Análise do Funcionamento do Registro Hospitalar de Câncer em Três Cidades do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 4, p. 473-482, 2011.

CAUWELAERT, R. V.; AGUIRRE, C.; SANDOVAL, C. Prostatectomía radical en el tratamiento del cáncer de prósta- ta. **Rev. Chilena de Cirugía**, Santiago, v. 58, n. 4, p. 255-259, ago. 2006.

CID - 0 – Classificação Internacional de Doenças para Oncologia /Organização Mundial de Saúde; Fundação Oncocentro de São Paulo. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2005.

FERREIRA E SILVA, P.; AMORIM, M.H.C.; ZANDONADE, E.; VIANA, C.S.G.; Associação entre Variáveis Sociodemográficas e Estadiamento Clínico Avançado das Neoplasias da Mama em Hospital de Referência no Estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 59(3): 361-367, 2013.

FISCHER, B.; ANDERSON, S.; BRYANT, J.; MARGOLESE, R.G.; DEUTSCH, M.; FISCHER, E.R., et al. Twenty-year follow- up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradi- ation for the treatment of invasive breast cancer. **N Engl J Med.**; 347:1233-41, 2002.

GUERRA, M.R.; GALLO, C.V.M; AZEVEDO, G.; MENDONÇA, S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 51(3): 227-234, 2005.

KALIKS, R. A.; GIGLIO, A. D. Management of advanced prostate cancer. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 2, p. 178-82, mar./abr. 2008.

KATZ, A. 100 perguntas chaves em câncer de pulmão. 2ª Edição. Centro de Oncologia do Hospital Sírio Libanês, ISBN 978-84-9926-566-7, 2014.

KLASTERSKY, J.; PAESMANS, M. Response to chemotherapy, quality of life benefits and survival in advanced non-small cell lung cancer: review of literature results. **Lung Cancer**, 34 (Suppl 4):S95-S101, 2001.

MIGOWSKI, A., SILVA, G. A. (2010). Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. **Rev Saúde Pública**, 44(2), 344-52.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Registros hospitalares de câncer: rotinas e procedimentos. Rio de Janeiro: INCA; 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Registro hospitalar de câncer: dados dos hospitais do INCA, relatório anual 1994/1998. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. SisRHC - Sistema de Registro Hospitalar de Câncer: manual de operação. Versão 2. Rio de Janeiro: INCA; 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3 ed. Rio de Janeiro: INCA; 608p, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão. Rio de Janeiro: INCA; 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Informação dos registros hospitalares de câncer como estratégia de transformação: perfil do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva em 25 anos. Rio de Janeiro: INCA; 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.

MORAES, I.H.S.; GONZÁLEZ DE GOMEZ, M.N.; Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciênc saúde colet.**,12(3):553-65, 2007.

PARO, C.A.; Boletim epidemiológico. **Serviço de epidemiologia e avaliação**. n.3, 2013.

PIMENTEL, P.; DE LACERDA, J. M. Transplantação da medula óssea. Resultados preliminares. **Acta Médica Portuguesa**, v. 4, p. 39S-43S, 1991.

PINHEIRO, A.B.; LAUTER, D.L.; MEDEIROS, G.C.;3; CARDOZO, I.R.; MENEZES, L.M.; DE SOUZA, R.M.B.; ABRAHÃO, K.; CASADO, L.; BERGMANN, A., THULER, L.C.S. Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 59(3): 351-359, 2013.

POMPEO, A.C.L. et al. Diretrizes em uro-oncologia da Sociedade Brasileira de Urologia. Rio de Janeiro, 2005.

RAMALINGAM, S.; BELANI, C.P. State of the art chemotherapy for advanced non-small cell lung cancer. **Semin Oncol.**, 31:68–74, 2004.

RHODEN, E.L., AVERBECK, M.A. Câncer de próstata localizado. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 54 (1): 92-99, jan.-mar. 2010.

RODRIGUES, J.S.M.; FERREIRA, N.M.L.A.F. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 56(4): 431-441 4, 2010.

ROSA, T.E.C.; BENÍCIO, M.H.A; LATORRE, M.R.D.O.; RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saude Publica**, fev. 37(1): 40 – 8, 2003.

ROSAS, M. S. L.; SILVA, B. N. M.; PINTO, R. G. M. P.; SILVA, B. V.; SILVA, R. A.; GUERRA, L. R.; SOARES G. C. M. T.; CASTRO, H. C; LIONE, V. O. F. Incidência do Câncer no Brasil e o Potencial Uso dos Derivados de Isatinas na Cancerologia Experimental, **Rev. Virtual Quim.** 5 (2), 243-265, 2013.

SALES, C.A.; PAIVA, L.; SCANDIUZZI, D.; ANJOS, A.C.Y. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Revista brasileira de cancerologia**, 47 (3):263-72, 2001.

SHAHI, P. K.; MANGA, G. P. Câncer de próstata metastático. **Oncologia**, v. 29, n. 10, p. 398-404, 2006.

SMITH, I.E.; ROSS, G.M. Breast irradiation after lumpectomy - no longer always necessary. **N Engl J Med.**, 351 (10):1021-3, 2004.

SOARES, P.B.M. ; FILHO, S.Q.; DE SOUZA, W.P. ; GONÇALVES,R.C.R. ; MARTELLI, D.R.B.; SILVEIRA,M.F. ; MARTELLI JÚNIOR, H. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Vol.15(3), p.595, 2012.

SROUGI, M. Câncer de próstata: uma opinião médica. Disponível em:<<http://www.uronline.unifesp.br/uronline/ed1098/caprostata.htm>>. Acesso em: 22 fev. 2014.

TIEZZI, D.G., A cirurgia no tratamento do câncer da mama – um antigo recurso para um emergente problema de saúde pública, **Rev Bras Ginecol Obstet.**,32(12):571-2, 2010.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. saúde pública**, 20(supl.2):190-8, 2004.

VERONESI, U.; CASCINELLI, N.; MARIANI, L.; GRECO, M.; SAC- COZZI, R.; LUINI, A. et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast – conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. **N Engl J Med.**, 347:1227-32, 2002.

ZACCHI, S. R. Avaliação do perfil, mortalidade e sobrevida dos homens com câncer de próstata atendidos em um serviço de referência do Espírito Santo. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo-UFES, Vitória, 2012.

ANEXOS

ANEXO I – FICHA DE REGISTRO DE TUMOR

NOME DA INSTITUIÇÃO		FICHA DE REGISTRO DE TUMOR	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
01 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR <input style="width: 100%;" type="text"/>	03 - TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> 1- Cartão SUS <input type="checkbox"/> 2- CPF <input type="checkbox"/> 3- Identidade (RG) <input type="checkbox"/> 4- Título de eleitor <input type="checkbox"/> 5- PIS/PASEP <input type="checkbox"/> 6- Certidão de nascimento <input type="checkbox"/> 7- Outro <input type="checkbox"/> 9- Sem informação		
02 - NÚMERO DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL <input style="width: 100%;" type="text"/>			
04 - NOME COMPLETO DO PACIENTE <input style="width: 100%;" type="text"/>			
05 - NOME COMPLETO DA MÃE <input style="width: 100%;" type="text"/>			
06 - SEXO <input type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino	09 - LOCAL DE NASCIMENTO <input style="width: 100%;" type="text"/>	11 - ESCOLARIDADE NA ÉPOCA DA MATRÍCULA <input type="checkbox"/> 1- Nenhuma <input type="checkbox"/> 2- Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> 3- Fundamental completo <input type="checkbox"/> 4- Nível médio <input type="checkbox"/> 5- Nível superior incompleto <input type="checkbox"/> 6- Nível superior completo <input type="checkbox"/> 9- Sem informação	12 - OCUPAÇÃO PRINCIPAL <input style="width: 100%;" type="text"/>
07 - DATA DO NASCIMENTO <input style="width: 100%;" type="text"/>	10 - RAÇA / COR DA PELE <input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 9- Sem informação	13 - PROCEDÊNCIA (CÓDIGO DO IBGE) <input style="width: 100%;" type="text"/>	
08 - IDADE NA DATA DA PRIMEIRA CONSULTA <input style="width: 100%;" type="text"/>			
ITENS DE LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE			
14 - ENDEREÇO PERMANENTE <input style="width: 100%;" type="text"/>			
15 - BAIRRO DA RESIDÊNCIA <input style="width: 100%;" type="text"/>			
16 - CIDADE DA RESIDÊNCIA <input style="width: 100%;" type="text"/>	18 - TELEFONE DE REFERÊNCIA <input style="width: 100%;" type="text"/>	20 - CORREIO ELETRÔNICO PARA CONTATO <input style="width: 100%;" type="text"/>	
17 - UNIDADE DA FEDERAÇÃO DA RESIDÊNCIA <input style="width: 100%;" type="text"/>	19 - CEP DA RESIDÊNCIA <input style="width: 100%;" type="text"/>		
ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
21 - DATA DA 1ª CONSULTA NO HOSPITAL <input style="width: 100%;" type="text"/>	22 - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES <input type="checkbox"/> 1- Sem diag./Sem trat. <input type="checkbox"/> 2- Com diag./Sem trat. <input type="checkbox"/> 3- Com diag./Com trat. <input type="checkbox"/> 4- Outros <input type="checkbox"/> 9- Sem informação	24 - BASE MAIS IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO DO TUMOR <input type="checkbox"/> 1- Clínica <input type="checkbox"/> 2- Pesquisa clínica <input type="checkbox"/> 3- Exame por imagem <input type="checkbox"/> 4- Marcadores tumorais <input type="checkbox"/> 5- Citologia <input type="checkbox"/> 6- Histologia da metástase <input type="checkbox"/> 7- Histologia do tumor primário <input type="checkbox"/> 9- Sem informação	
22 - DATA DO PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DO TUMOR <input style="width: 100%;" type="text"/>			
ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO TUMOR			
25 - LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO <input style="width: 100%;" type="text"/>	28.a - ESTADIAMENTO CLÍNICO DO TUMOR (TNM) <input style="width: 100%;" type="text"/>	29 - pTNM <input style="width: 100%;" type="text"/>	
26 - TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR PRIMÁRIO <input style="width: 100%;" type="text"/>	28.b - OUTRO ESTADIAMENTO (DIFERENTE DO TNM E IDADE ATÉ 18 ANOS) <input style="width: 100%;" type="text"/>	30 - LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE A DISTÂNCIA <input style="width: 100%;" type="text"/>	
27 - TNM <input style="width: 100%;" type="text"/>			

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

31 - CLÍNICA DO INÍCIO DE TRATAMENTO NO HOSPITAL

32 - DATA DO INÍCIO DO PRIMEIRO TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA O TUMOR, NO HOSPITAL

33 - PRINCIPAL RAZÃO PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO NO HOSPITAL
 1- Recusa do tratamento
 2- Tratamento realizado fora
 3- Doença avançada, falta de condições clínicas ou outras doenças associadas
 4- Abandono do tratamento
 5- Complicações de tratamento
 6- Óbito
 7- Outras razões
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

34 - PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL
 1- Nenhum
 2- Cirurgia
 3- Radioterapia
 4- Quimioterapia
 5- Hormonioterapia
 6- Transplante de medula óssea
 7- Imunoterapia
 8- Outras
 9- Sem informação

35 - ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO PRIMEIRO TRATAMENTO NO HOSPITAL
 1- Sem evidência da doença (remissão completa)
 2- Remissão parcial
 3- Doença estável
 4- Doença em progressão
 5- Suporte terapêutico oncológico
 6- Óbito
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

36 - DATA DO ÓBITO DO PACIENTE

37 - ÓBITO POR CÂNCER
 1- Sim
 2- Não
 9- Ignorado

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

38 - CASO ANALÍTICO
 1- Sim
 2- Não

39 - INDICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE SEGUIMENTO
 1- Sim
 2- Não

ITEM DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

40 - CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

ITENS OPCIONAIS

41 - ESTADO CONJUGAL ATUAL
 1- Solteiro
 2- Casado
 3- Viúvo
 4- Separado judicialmente
 5- União consensual
 9- Sem informação

42 - DATA DA TRIAGEM

43 - HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER
 1- Sim
 2- Não
 9- Sem informação

44 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA
 1- Nunca
 2- Ex-consumidor
 3- Sim
 4- Não avaliado
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

45 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE TABACO
 1- Nunca
 2- Ex-consumidor
 3- Sim
 4- Não avaliado
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

46 - ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO
 1- SUS
 2- Não SUS
 3- Veio por conta própria
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

47 - CLÍNICA DE ENTRADA DO PACIENTE NO HOSPITAL

48 - EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR
 1- Exame clínico e patologia clínica
 2- Exames por imagem
 3- Endoscopia e cirurgia exploradora
 4- Anatomia patológica
 5- Marcadores tumorais
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

49 - LOCALIZAÇÃO PROVÁVEL DO TUMOR PRIMÁRIO

50 - LATERALIDADE DO TUMOR
 1- Direita
 2- Esquerda
 3- Bilateral
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

51 - OCORRÊNCIA DE MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO
 1- Não
 2- Sim
 3- Duvidoso

52 - CUSTEIO DO DIAGNÓSTICO DO TUMOR NO HOSPITAL
 1- Público (SUS)
 2- Plano de saúde
 3- Particular
 4- Outros
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

53 - CUSTEIO DO TRATAMENTO DO TUMOR NO HOSPITAL
 1- Público (SUS)
 2- Plano de saúde
 3- Particular
 4- Outros
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

54 - CAUSA BÁSICA DA MORTE DO PACIENTE

ITENS COMPLEMENTARES

COMPLEMENTAR 1
 1-
 2-
 3-
 4-
 5-
 6-
 7-
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 2
 1-
 2-
 3-
 4-
 5-
 6-
 7-
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 3
 1-
 2-
 3-
 4-
 5-
 6-
 7-
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 4
 1-
 2-
 3-
 4-
 5-
 6-
 7-
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

ITENS COMPLEMENTARES

COMPLEMENTAR 5
 1-
 2-
 3-
 4-
 5-
 6-
 7-
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 6
 1-
 2-
 3-
 4-
 5-
 6-
 7-
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 7
 1-
 2-
 3-
 4-
 5-
 6-
 7-
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

DATA COMPLEMENTAR 1

DATA COMPLEMENTAR 2

DATA COMPLEMENTAR 3