

Registros Hospitalares de Câncer em Pernambuco: da Gestão ao Registro

Hospital-Based Cancer Registries in Pernambuco: from Management to Registry

Registros Hospitalares de Câncer em Pernambuco: de la Administración a el Registro

Andrea Santos de Oliveira¹; Marcela Maria Nassar de Vasconcelos²; Marcella de Brito Abath³; Isabella Martins Barbosa da Silva Paes⁴; Emmanuely Correia de Lemos⁵

Resumo

Introdução: As neoplasias vêm ganhando destaque no perfil epidemiológico das doenças nas populações do mundo, inclusive no Brasil. Assim, a vigilância do câncer precisou adotar novas estratégias para se adequar à realidade. Uma delas, o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), coleta dados de pacientes diagnosticados e/ou tratados para câncer, sendo importante para qualificar a assistência a eles prestada e para reconhecimento e disseminação de informações sobre morbimortalidade e fatores de risco para o câncer, visando à implementação de medidas para prevenção e controle.

Objetivo: Descrever as estratégias utilizadas pela gestão estadual de Pernambuco para a qualificação do RHC e seus resultados. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, de abordagem mista. Para análise qualitativa, foram utilizados documentos da gestão estadual, de 2012 a 2015, relacionados aos RHC de Pernambuco. Para análise quantitativa, foram utilizadas algumas variáveis da ficha de tumor disponíveis ao público no Integrador RHC, do ano de 2012. Os resultados foram apresentados por meio de linha do tempo e tabela. **Resultados:** A análise documental revelou a adoção de várias estratégias para melhoria do RHC entre 2012 e 2015, foram elas: reuniões com as equipes das unidades hospitalares, implantação do projeto de diagnóstico e intervenção, capacitações e participações em eventos de âmbito nacional. O envio dos bancos de dados apresentou melhora no mesmo período. Quanto à incompletude das informações, apenas uma variável atingiu o patamar de qualidade desejado. **Conclusão:** As estratégias adotadas pela gestão estadual em conjunto com as equipes das unidades hospitalares parecem ter melhorado a qualidade dos RHC.

Palavras-chave: Registros Hospitalares; Neoplasias; Gestão em Saúde.

¹Médica-Veterinária. Especialista em Saúde Coletiva. Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade de Pernambuco (UPE). Recife (PE), Brasil. *E-mail:* soliveiraandrea@gmail.com.

²Biomédica. Especialista em Saúde Coletiva. Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco (Fiocruz-PE). Recife (PE), Brasil. *E-mail:* marcelamnassar@gmail.com.

³Fonoaudióloga. Doutora em Saúde Pública pela Fiocruz-PE. Secretaria Estadual de Saúde (SES). Recife (PE), Brasil. *E-mail:* marcella.abath@gmail.com.

⁴Nutricionista. Mestre em Saúde Pública pela Fiocruz-PE. SES. Recife (PE), Brasil. *E-mail:* imbsp@hotmail.com.

⁵Profissional de Educação Física. Mestre em Saúde Pública pela Fiocruz-PE. SES. Recife (PE), Brasil. *E-mail:* emmanuelylemos@gmail.com.

Endereço para correspondência: Andrea Santos de Oliveira. Rua dos Navegantes, 2831 - apartamento 401 - Boa Viagem. Recife (PE), Brasil. CEP: 51111-080. *E-mail:* soliveiraandrea@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Cresce em importância a presença das neoplasias malignas no perfil epidemiológico de populações no mundo todo, inclusive no Brasil. Esse crescimento está relacionado às transições demográfica, epidemiológica e nutricional, que vêm aumentando a ocorrência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)¹. Esse perfil de adoecimento da população faz com que a vigilância das DCNT, que é o processo contínuo e sistemático de coleta e disseminação de dados referentes a essas doenças, se adeque à nova realidade, sendo parte desse processo a criação e a implantação de registros de câncer.

O primeiro registro de câncer moderno teve início em Hamburgo, Alemanha, em 1926². No Brasil, a vigilância do câncer iniciou-se em 1937, com a criação de um centro especializado para o tratamento da doença no Rio de Janeiro. Em 1967, foi implantado em Pernambuco o primeiro serviço de registro de câncer. Porém, fazia-se necessário um sistema mais estruturado que coletasse os dados de todos os pacientes atendidos em hospitais e gerasse informações que possibilitassem avaliar a eficácia do diagnóstico e tratamento dessas pessoas. Assim, em 1983, o Instituto Nacional de Câncer (atual Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva) (INCA) deu início ao funcionamento do primeiro Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Brasil³.

Os RHC têm por objetivo reunir os dados dos pacientes com diagnóstico de câncer nos hospitais em que foram diagnosticados e/ou tratados. Assim, é possível conhecer o perfil dos pacientes que chegam à unidade e como foram diagnosticados e tratados, além de avaliar a eficácia dos serviços oferecidos, possibilitando o planejamento e a melhoria de sua qualidade³. Os RHC também são úteis como fonte de dados para pesquisas e vigilância epidemiológica⁴.

Em 1998, a portaria nº 3.535/GM tornou obrigatório o funcionamento do RHC para os centros de atendimento em oncologia. Essa obrigatoriedade foi reafirmada sete anos depois, quando o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, que definiu parâmetros para o funcionamento dos RHC. A Portaria MS/SAS nº 741, de 2005, determina que unidades e centros de alta complexidade em oncologia implantem o RHC informatizado. Também estabelece que os dados anuais devem ser encaminhados para o INCA, que deve publicá-los e divulgá-los de forma organizada e analítica⁴.

Para garantir o envio consistente desses dados, em 2002, foi desenvolvido o Sistema para Informatização dos Dados de Registros Hospitalares de Câncer (SisRHC), que realiza o processamento dos dados sobre os casos de câncer. No ano de 2007, foi criado o Integrador RHC,

ferramenta que consolida e permite o acesso e a tabulação desses dados³.

Em Pernambuco, 12 hospitais possuem RHC implantado, sete dos quais se encontram no município de Recife. Destes, seis RHC foram responsáveis por 84% dos registros de casos analíticos no Estado em 2012. De acordo com o INCA, são considerados analíticos: casos diagnosticados e tratados no hospital; casos diagnosticados no hospital, mas com o início da terapêutica realizada em outra instituição e que retornam para complementação terapêutica e acompanhamento; e casos diagnosticados em outra instituição, mas com a primeira etapa terapêutica realizada no hospital e que ficam em acompanhamento na unidade³. Cada uma das unidades apresenta peculiaridades relacionadas à qualidade dos registros. A coordenação estadual do RHC, localizada na Secretaria Estadual de Saúde (SES), permanentemente monitora a situação de cada RHC e elabora estratégias para a sua qualificação.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é descrever as estratégias utilizadas pela gestão estadual de Pernambuco para a qualificação dos RHC e os seus resultados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem mista (qualitativa e a quantitativa). O estudo abrangeu seis dos 12 RHC de Pernambuco, todos localizados no município de Recife, utilizando informações do período entre 2012 e 2015. Dado o grande percentual de casos de câncer no Estado que são registrados na capital, foi definido que apenas os RHC de Recife seriam considerados para este estudo. Um RHC de Recife não foi incluído no estudo por ter sido implantado em 2015 e, portanto, não apresentar dados suficientes para análise.

O estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira, de abordagem qualitativa, utilizou-se técnica da análise documental. A pesquisa documental, realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2016, teve como objetivo identificar as estratégias de qualificação do RHC adotadas pela gestão estadual e analisar as informações registradas em documentos, como por exemplo: relatórios de gestão, atas de reuniões e supervisões, entre outros. Para isso, foram coletados, nos arquivos digitais da equipe técnica da SES de Pernambuco, todos os documentos produzidos sobre os RHC entre os anos de 2012 e 2015^a. Foram analisados os documentos relacionados ao processo de trabalho da SES (memorandos, atas de reuniões, relatórios

^a Os documentos foram reunidos pelos autores do artigo e podem ser acessados no endereço: <https://drive.google.com/open?id=0B6WNYfcpRupOZXAlbFZXQjJVQ3M>.

de educação permanente, diagnóstico do RHC), ao trabalho da SES junto aos hospitais e ao INCA (relatórios de supervisão técnica, relatório de encontros nacionais) e documentos institucionais de gestão (Relatório Anual de Gestão e Programação Anual de Saúde). Para análise, esses documentos foram organizados em ordem cronológica, agrupando-se os que tratavam de assuntos afins. As informações passaram por uma classificação sistemática, descrição e interpretação dos conteúdos de acordo com os objetivos do estudo⁵.

Em seguida, o conteúdo de cada documento foi sintetizado pelos autores do estudo para elaboração de uma linha do tempo com os principais acontecimentos relativos ao RHC de Recife entre 2012 e 2015.

A segunda etapa, de abordagem quantitativa, utilizou dados secundários disponíveis no Integrador RHC⁶ à época do estudo, visando a analisar a situação do envio dos bancos de dados e a incompletude de cinco variáveis: “estadiamento do tumor”, “ocupação”, “escolaridade”, “estado da doença ao final do primeiro tratamento” e “razão para não tratar”. Essas cinco variáveis foram definidas pelo INCA, em 2013, para o monitoramento nacional⁷. A partir da análise dos relatórios situacionais dos RHC de 2011 e 2012 e da análise quantitativa dos dados extraídos do Integrador RHC em fevereiro de 2016, foi elaborada uma tabela com a situação do envio dos bancos de dados em cada ano do período analisado (2012 a 2015). Para a análise da incompletude das cinco variáveis, os dados foram obtidos do Integrador RHC. Foram incluídos os casos analíticos de câncer relativos ao ano de 2012, o mais atualizado na ferramenta para todos os RHC. As análises foram feitas no programa Excel e os resultados foram apresentados em tabelas de distribuição de frequências absoluta e relativa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz sob o número do parecer 1.321.955 e do CAAE: 50223515.0.0000.5192, em 13 de novembro de 2015.

RESULTADOS

ANÁLISE DOCUMENTAL

Observou-se que a SES adotou diversas estratégias para qualificar o RHC, entre as quais: reuniões com as equipes das unidades hospitalares e com os coordenadores dos RHC, implantação de projeto de diagnóstico e intervenção, capacitações e participações em eventos de âmbito nacional. Os principais marcos do RHC no período do estudo encontram-se assinalados na linha do tempo (Figura 1).

Em 2012, a equipe da SES realizou o diagnóstico situacional do RHC em Pernambuco. Nele, constataram-se



Figura 1. Linha do tempo dos RHC de Pernambuco, Pernambuco, 2012 a 2015

Fonte: Documentos referentes ao processo de trabalho da gestão estadual do RHC na SES/PE do período de 2012 a 2015.

baixa qualidade da informação e problemas enfrentados por cada unidade, tais como: atraso na coleta, processamento e envio dos dados, deficiência de recursos humanos, subnotificação e incompletude das informações. Como encaminhamento para 2013, indicou-se a continuidade das visitas de supervisão. Sua realização foi mantida ao longo dos anos seguintes, de forma a manter a coordenação estadual sempre próxima às equipes das unidades hospitalares, tomando ciência de suas dificuldades e buscando meios para minimizá-las e/ou saná-las.

Em 2013, a equipe da SES idealizou o projeto de diagnóstico do RHC buscando estratégias de qualificação do registro. Seu objetivo era conhecer o funcionamento do RHC de cada hospital e identificar as causas dos problemas observados. O projeto detalhava as etapas necessárias e estabelecia as metas que se esperava atingir após sua realização e teve continuidade durante os dois anos seguintes (2014 e 2015).

Visando a trocar experiências com representantes dos RHC de todo o Brasil, a coordenação do RHC de Pernambuco participou do *V Encontro Técnico Anual de Avaliação das Ações em Vigilância e Registros de Câncer*, realizado pelo INCA em 2013. Na ocasião, foram pactuados indicadores a serem observados pelas coordenações estaduais e foi estabelecido o que deveria ser feito para alcançar as metas. No encontro seguinte, em 2014, constatou-se melhora nos indicadores de Pernambuco. A gestão estadual foi convidada a participar de mesa-redonda, na qual apresentou o projeto de diagnóstico. Uma importante recomendação que resultou das apresentações e debates foi que se mantivesse o acompanhamento sistemático dos indicadores, com o cuidado de não perder a série histórica na tentativa de atualizar informações.

Um desdobramento do projeto de diagnóstico aconteceu na metade de 2013: a contratação de estagiários de nível superior para todas as unidades, com financiamento da SES. A atuação dos estagiários resultou em melhorias no processo de trabalho dos RHC e na formação profissional deles.

Outra atividade realizada em 2013 foi um curso de registradores de câncer, realizado com o apoio do INCA para profissionais da SES e membros das equipes dos RHC das unidades. Essa estratégia permaneceu ao longo dos anos, com a realização de um curso de formação em análise de dados em 2014 e de um curso sobre o Integrador RHC e análise de dados em 2015.

Ainda, visando a promover o conhecimento nas unidades hospitalares acerca do registro de câncer e sensibilizar os diversos profissionais de saúde, em 2015, foram confeccionados e distribuídos para as 12 unidades de Pernambuco *banners* com informações sobre o RHC: o que é, como é realizado, qual é a sua importância. E com o objetivo de manter a proximidade entre SES e unidades hospitalares, em 2015, foram realizadas reuniões de monitoramento com os coordenadores das equipes dos RHC.

Em outubro de 2015, aconteceu a *XIX Reunião da Associação Brasileira de Registro de Câncer (ABRC)*, na qual a gestão estadual apresentou o projeto de diagnóstico. Essa iniciativa foi premiada pela organização do evento com o primeiro lugar entre os trabalhos apresentados⁸. Além da equipe da SES, participaram da reunião representantes das equipes de três RHC de

Pernambuco, que também relataram suas experiências em apresentações orais e pôsteres.

Durante esses quatro anos, dois instrumentos de planejamento foram importantes para estabelecer as metas para os RHC de Pernambuco e prestar contas das atividades realizadas: a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Em 2012, a meta era implantar no Estado dez RHC. O RAG de 2015 mostrou que esse objetivo foi ultrapassado, pois atualmente há 12 RHC em funcionamento em Pernambuco. Além disso, os RAG analisados revelavam uma preocupação em incluir aspectos relativos à qualidade dos RHC, relatando, de forma sucinta, as realizações de cada ano.

ANÁLISE QUANTITATIVA DOS RHC

Quanto à atualidade do envio dos bancos de dados, em 2012, apenas uma unidade hospitalar tinha o envio dentro do parâmetro preconizado pelo INCA, que admite dois anos de atraso em relação ao ano-calendário⁷, e quatro tinham mais de três anos de atraso. Já em 2015, quatro unidades hospitalares apresentavam envio regular, e nenhuma apresentou mais de três anos de atraso (Tabela 1).

Das cinco variáveis monitoradas pelo INCA⁷, apenas uma (razão para não tratar) apresentou menos de 5% de incompletude, parâmetro considerado adequado pelo órgão, que usa o critério de incompletude menor que 10% como aceitável⁴. Duas variáveis apresentaram mais de 30% de ausência de registros (Tabela 2).

Tabela 1. Situação de envio dos bancos de dados dos RHC entre 2012 e 2015. Recife, 2015

Situação	Ano de envio			
	2012	2013	2014	2015
Envio regular (2 anos de atraso)	1	2	3	4
Situação de atenção (3 anos de atraso)	1	1	2	2
Atrasado (mais de 3 anos de atraso)	4	3	1	0

Fonte: Integrador RHC/INCA. Dados tabulados em 17/2/2016, sujeito à atualização.

Tabela 2. Distribuição dos casos analíticos com informação ignorada ou em branco para as variáveis escolaridade, ocupação, estadiamento TNM, razão para não tratar e estado da doença ao final do primeiro tratamento. Recife, 2012

Variável	N	%
Razão para não tratar	259	3,9
Estado da doença ao final do 1º tratamento	832	12,6
Ocupação	1.306	19,7
Escolaridade	2.350	35,5
Estadiamento TNM	2.425	36,6

Fonte: Integrador RHC/INCA. Dados tabulados em 17/2/2016, sujeito à atualização.

DISCUSSÃO

Os principais achados deste estudo revelam que os RHC de Pernambuco apresentavam diversos problemas relativos à qualidade das informações geradas. A identificação dessas dificuldades foi a base para a formulação de estratégias visando à qualificação dos registros, as principais foram: realização periódica de visitas técnicas aos RHC, realização do projeto de diagnóstico dos RHC do Estado, contratação de estagiários, realização de capacitações e participação de membros da SES em eventos nacionais.

A iniciativa do projeto de diagnóstico realizado pelo Estado é uma forma de apoio institucional, cujo objetivo é oferecer suporte às organizações, de forma democrática e levando em conta a autonomia dos sujeitos para iniciar um processo de mudança^{9,10}. O apoio institucional exige postura interativa e complementa funções tradicionais como a de coordenação, buscando diminuir a distância que tradicionalmente existe entre gestão e operadores finais^{9,10}. O diagnóstico foi realizado em conjunto com as equipes dos RHC e profissionais de outras equipes importantes para o funcionamento do setor, espelhando o processo de trabalho e as dificuldades vivenciadas por eles.

Um dos resultados do projeto de diagnóstico foi a contratação de estagiários para os RHC. A prática do estágio é benéfica tanto para o acadêmico quanto para a unidade de saúde onde ele atua: ao se deparar com situações reais, o estudante aplica seus conhecimentos teóricos e exerce o papel de profissional, desenvolvendo suas próprias competências e modificando o espaço do serviço de saúde¹¹.

Os cursos de formação para os profissionais dos RHC foram uma importante iniciativa para qualificar o serviço prestado. A realização de ações de educação permanente visa à transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho. Ela é feita no cotidiano dos trabalhadores, a partir de problemas práticos reais, e leva em conta conhecimentos e experiências prévios dos envolvidos¹². Isso porque as pessoas têm suas próprias ideias e concepções acerca do trabalho, e cabe aos gestores oferecer-lhes as condições de ir além, construir mais conhecimento e perceber possibilidades de mudanças benéficas para si próprias e para as organizações onde se inserem¹³.

As reuniões de monitoramento foram mais uma oportunidade para a SES exercer seu papel de gestão, apoiando os RHC. Nelas, foram abordados diversos temas pertinentes ao registro de câncer. Nascimento e Alves¹⁴ constataram que um dos maiores problemas citados pelos entrevistados de três diferentes RHC foi a falta de apoio

da gestão estadual. Como Novaes, Tanaka e Cecilio¹⁵ apontam, a esfera estadual tem muito a contribuir para a melhoria do processo de trabalho e definição de prioridades nos serviços de saúde.

Em relação à análise quantitativa, o envio regular e o preenchimento adequado de cada variável são necessários para que se obtenham informações corretas e para uma assistência de qualidade. Uma das áreas em que houve mais progresso foi o envio dos bancos de dados. Em 2012, apenas uma unidade hospitalar se encontrava com o envio dentro do considerado regular, e quatro apresentavam atraso de três anos ou mais. A situação melhorou progressivamente até 2015, quando quatro RHC já haviam enviado os bancos relativos ao ano de 2013, e nenhuma unidade hospitalar apresentava atraso maior que três anos.

No que diz respeito à incompletude das variáveis, o INCA estabelece que a meta para qualidade é igual ou inferior a 10%⁴. Dessa maneira, apenas a variável “razão para não tratar” apresentou um percentual de incompletude satisfatório, as variáveis “estado da doença ao final do primeiro tratamento” e “ocupação” foram as com percentual de completude maior entre as demais.

A variável “estado da doença ao final do primeiro tratamento” é essencial para saber a resposta do tumor ao tratamento iniciado e para avaliar a necessidade de repetir ou alterar o esquema terapêutico³. Em relação à variável “ocupação”, é preciso considerar que entre 8% e 16% dos tumores decorrem de exposição ocupacional. Assim, o preenchimento dessa variável é necessário para que se investigue uma possível relação causal e também para o fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador^{3,16}. Grabis et al.¹⁷, analisando o preenchimento da “ocupação” em quatro localizações primárias, encontraram uma média de 39,1% de ausência de informação no Nordeste, quase o dobro do percentual dos RHC de Pernambuco. Já Pinto et al.¹⁸ constataram uma incompletude de 15,5% para essa variável, percentual mais próximo ao obtido no presente estudo.

As variáveis “escolaridade” e “estadiamento TNM” tiveram os maiores percentuais de ausência de informação. A escolaridade funciona como um avaliador indireto da situação socioeconômica do paciente, que costuma estar intimamente relacionada ao adoecimento e a outros fatores³. Já o registro do estadiamento do tumor depende da cooperação dos médicos, que devem estabelecê-lo e anotar imediatamente no prontuário, visto que esta é uma informação que reflete aquele momento e não pode ser resgatada posteriormente³. O percentual encontrado neste estudo está abaixo da média de ausência de informação registrada por Arregi¹⁹ no RHC do Ceará,

que foi de 62,7% para o período entre 1992 e 1996. Pinto et al.¹⁸ também observaram alta incompletude para essas variáveis, sendo 31,2% para “grau de informação” e 49,8% para “TNM”. Já D’Alessandro, Antoniazzi e Abreu²⁰ relataram incompletude de 69% para a variável “instrução” e 35% para “TNM”.

Uma das limitações deste estudo foi o fato de as unidades hospitalares analisadas representarem metade do total dos RHC de Pernambuco. Porém, são essas unidades que atendem à maioria dos pacientes no Estado, representando 84% dos casos registrados. Além disso, a ausência de registros relativos à situação dos bancos de dados dos RHC de Pernambuco em anos anteriores às iniciativas de qualificação aqui apresentadas impossibilitou traçar o panorama do RHC do Estado naquela época e compará-lo à situação atual, especialmente considerando que os dados inseridos no Integrador RHC são periodicamente atualizados pelas equipes das unidades hospitalares. Outra limitação do estudo foi não incluir os anos de 2013 a 2015 na análise das informações ignoradas ou em branco pelos motivos já expostos no texto.

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou que a gestão estadual do RHC em Pernambuco realizou reuniões com as equipes das unidades hospitalares e com os coordenadores dos RHC, implantou o projeto de diagnóstico e intervenção, promoveu capacitações e participou de eventos de âmbito nacional como estratégias para qualificar o RHC no Estado. Também foi constatada a melhoria no tempo de envio dos bancos de dados. Quanto à incompletude das variáveis, apenas uma se encontrou no patamar de qualidade preconizado.

É essencial que iniciativas para garantir a qualidade dos registros sejam mantidas, com foco na educação permanente, no monitoramento constante de indicadores, no investimento em recursos humanos e no intercâmbio de conhecimentos e experiências entre os profissionais da SES, das unidades hospitalares e do INCA.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores participaram da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito, aprovação final da versão a ser publicada, e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2016.
2. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Cancer registration: principles and methods [Internet]. Lyon: IARC; 1991 [acesso em 2016 mar 27]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1894333>.
3. 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.
4. Instituto Nacional de Câncer (BR). Registros Hospitalares de Câncer: planejamento e gestão. Rio de Janeiro: Inca; 2010. 536 p.
5. Navarrete ML, Silva MR, Pérez AS, Sanmamed MJ, Gallego ME, Lorenzo IV. Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde. Recife: IMIP; 2009.
6. Integrador RHC: Registro Hospitalar de Câncer [Internet]. Rio de Janeiro: Inca. 1985- [acesso em 2017 set 8]. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/visualizaTabNetExterno.action>.
7. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Matriz de indicadores: V Encontro Técnico de Registro de Câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2013 [acesso em 10 fev 2016]. Disponível em: <https://drive.google.com/open?id=0B6WNYfcpRupOQUUwM0NpdGwtaVE>.
8. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Equipe SES brilha na XIX Reunião da ABRC em Fortaleza [Internet]. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco; 2015 [acesso em 10 fev 2016]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/equipe-da-ses-brilha-na-xix-reuniao-da-abrc-em>.
9. Pereira N, Campos GW. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. Interface. 2014;18 Suppl 1:895-908.
10. Campos GWDS, Figueiredo MD, Pereira N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface. 2014;18 Suppl 1:983-95.
11. Benito GA, Tristão KM, Paula AC, Santos MA, Ataíde LJ, Lima RD. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. Rev Bras Enferm. 2012;65(1):172-8.
12. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

13. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface*. 2005;9(18):489-506.
14. Nascimento LR, Alves SV. Análise do Funcionamento do Registro Hospitalar de Câncer em Três Cidades do Nordeste Brasileiro. *Rev bras cancerol*. 2011;57(4):473-82.
15. Novaes HM, Tanaka OY, Cecilio LC. A epidemiologia na avaliação dos serviços de saúde: a discussão da qualidade. *Saude soc*. 1995;4(1/2):111-7.
16. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho. Rio de Janeiro: Inca; 2012.
17. Grabois MF, Souza MC, Guimarães RM, Otero UB. Completude da informação “ocupação” nos registros hospitalares de câncer do brasil: bases para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho. *Rev bras cancerol*. 2014;60(3):207-14.
18. Pinto IV, Ramos DN, Costa MCE, Ferreira CBT, Rebelo MS. Completude e consistência dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil. *Cad saúde colet*. 2012;20(1):113-20.
19. Arregi MM. Registro hospitalar de câncer: cinco anos de experiência no Instituto do Câncer do Ceará, Brasil. *Rev bras cancerol*. 2000;46 (4):377-87.
20. D'Alessandro TAL, Antoniazzi BN, Abreu DMX. Registros hospitalares de câncer de Minas Gerais: análise de consistência das bases de dados. *Cad saúde colet*. 2010;18(3):410-7.

Abstract

Introduction: Neoplasms have been playing an increasingly important role in the epidemiological profile of populations all over the world, including in Brazil. Therefore, cancer surveillance has needed reformulation to adapt to this reality. One of these tools is the Hospital-based Cancer Registry (HCR), which collects data from patients who were diagnosed with and/ or treated for cancer. The HCR is important to qualify the assistance given to those patients, as well as for the recognition and dissemination of information on morbidity and mortality and cancer risk factors, aiming to implement measures for prevention and control. **Objective:** To describe the strategies used by the state management in Pernambuco to qualify the HCR and its results. **Methods:** Cross-sectional, descriptive, mixed method research. For documental analysis, we used documents from the state management, from 2012 to 2015, regarding the HCR in Pernambuco. For quantitative analysis, we used cancer records available to the public in the Integrador RHC tool, from 2012. Results were presented in timeline and tables about the dispatching of data banks situation and absolute and relative frequencies. **Results:** Documental analysis revealed the adoption of many strategies for improving the HCR between 2012 and 2015: meetings with hospital teams, implantation of the diagnosis and intervention project, trainings and participation in nationwide events. The dispatching of data banks was improved during that period. As for incompleteness of information, only one variable showed the desired level of quality. **Conclusion:** The strategies adopted by the state management along with hospital teams seems to have improved the quality of the HCR. **Key words:** Hospital Records; Neoplasm; Health Management.

Resumen

Introducción: Las neoplasias se han destacado cada vez más en el perfil epidemiológico de poblaciones de todo el mundo, incluso en Brasil. En consecuencia de esto, la vigilancia de cáncer ha necesitado adoptar nuevas estrategias para adecuarse a la realidad. Una de las herramientas utilizadas para esto es el Registro Hospitalario de Cáncer (RHC), que reúne los datos de los pacientes que fueron diagnosticados y/o tratados de cáncer, siendo importante para calificar la asistencia prestada a esos pacientes, así como para el reconocimiento y diseminación de informaciones sobre morbimortalidad y factores de riesgo para el cáncer, buscando la implementación de medidas para prevención y control. **Objetivo:** Describir las estrategias utilizadas por la gestión del Estado de Pernambuco para la calificación del RHC y sus resultados. **Métodos:** Estudio transversal, descriptivo, de abordaje mixta. Para el análisis cualitativo fueron utilizados documentos de la gestión estadual, entre los años de 2012 y 2015, relacionados al RHC de Recife. Para el análisis cuantitativo fueron usadas algunas variables de la ficha de tumor disponibles para el público en el Integrador RHC, del año de 2012. Los resultados fueron presentados por medio de línea del tiempo y tablas de situación de envío de datos y de frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** El análisis documental reveló la adopción de varias estrategias para mejorar el RHC entre 2012 y 2015, fueron ellas: reuniones con los equipos de las unidades hospitalarias, implantación del proyecto de diagnóstico e intervención, capacitaciones y participaciones en eventos de ámbito nacional. El envío de los bancos de datos presentó mejora en el mismo periodo. En cuanto a la incompletud de las informaciones, solamente una variable ha alcanzado en el nivel de calidad deseado. **Conclusión:** Las estrategias adoptadas por la gestión estadual en conjunto con los equipos de las unidades hospitalarias parecen haber mejorado la calidad de los RHC.

Palabras clave: Registros de Hospitales; Neoplasias; Gestión en Salud.