

Análise do Funcionamento do Registro Hospitalar de Câncer em Três Cidades do Nordeste Brasileiro

Analyzing the Operations of the Hospital Cancer Registry in Three Cities in Northeast Brazil

Análisis de la Funcionalidad de Registro de Hospital de Cáncer en Tres Ciudades del Noreste de Brasi

Lucia Reis do Nascimento¹, Sandra Valongueiro Alves²

Resumo

Introdução: O Registro Hospitalar de Câncer (RHC) é indispensável para identificação e monitoramento da morbimortalidade por câncer em nível hospitalar, mas pouco se conhece das condições de funcionamento desses registros no Brasil, principalmente aqueles da rede pública de saúde. **Objetivo:** Avaliar o funcionamento dos RHC em três Centros de Atenção Oncológica no nordeste brasileiro, através da análise de *estrutura* e *processo* e a influência dos aspectos contextuais no funcionamento desses registros. **Método:** Trata-se de um estudo de casos múltiplos, exploratório, utilizando-se um modelo lógico e uma matriz de indicadores, através da observação direta e entrevistas com os integrantes dos registros e com os diretores dessas instituições. **Resultados:** Os três RHC apresentavam diversos pontos que comprometiam seu funcionamento, relacionados à *estrutura* e ao *processo*. Na dimensão *estrutura*, os registros funcionavam em espaço físico compartilhado com outras atividades. Um registro dispunha de funcionários e equipamentos exclusivos e nenhum tinha rotinas internas escritas, registro das atividades e Comissão Assessora instalada. Foram relatadas a falta de apoio das coordenações estaduais, da coordenação local, da informática, além da ausência de recursos financeiros destinados à sua manutenção. Na dimensão *processo*, a verificação de inconsistências na coleta e digitação dos dados não era realizada, as equipes não conheciam a cobertura dos registros e não havia publicação ou utilização das informações dos RHC no planejamento dos hospitais. **Conclusão:** O funcionamento dos RHC foi incipiente, mostrando a necessidade de incluir a situação desses registros na discussão de estratégias para melhoria da qualidade da informação no controle do câncer.

Palavras-chave: Neoplasias; Registros Hospitalares; Estrutura dos Serviços

Trabalho vinculado ao Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

¹ Coordenadora do Registro de Câncer do Hospital das Clínicas da UFPE. Mestranda do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPE.

² Professora. Doutora do Departamento de Saúde Coletiva da UFPE.

Endereço para correspondência: Hospital das Clínicas da UFPE. Av. Prof. Moraes Rego, S/N. Cidade Universitária- Recife (PE), Brasil. CEP: 50000-000. E-mail: lu.rainha@bol.com.br.

INTRODUÇÃO

O câncer é responsável por mais de 12% de todas as causas de óbito no mundo. Cerca de 7 milhões de pessoas morrem anualmente em decorrência da doença¹. As estimativas, para o ano de 2011, apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer no Brasil, sendo 90 mil casos no Nordeste. Neste cenário, recursos e esforços devem ser direcionados para orientar as estratégias de prevenção e controle do câncer em todos os níveis (promoção da saúde, detecção precoce, assistência aos pacientes, vigilância do câncer e dos seus fatores de risco, formação de recursos humanos, comunicação e mobilização social, pesquisa e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)). Isso pressupõe informações de qualidade sobre a incidência, mortalidade e sobrevida dos grupos populacionais², o que permitirá uma melhor compreensão sobre seus determinantes, contribuindo com a formulação de hipóteses causais e avaliação da tecnologia aplicada à prevenção e ao tratamento da doença.

As informações em saúde consolidam-se, portanto, como mecanismos estratégicos do processo de mudanças na maneira de lidar com a saúde/doença/cuidado e têm como maior desafio instrumentalizar o sistema de saúde de uma maior e melhor capacidade de intervenção sobre a realidade sanitária³.

Informações sobre mortalidade vêm sendo utilizadas ao longo dos anos como principal fonte para compreender o perfil epidemiológico das populações; porém, em relação às neoplasias malignas, o uso das informações sobre óbito por si só não permite o entendimento real da magnitude do problema, pois existem diferenças entre os tipos de câncer em função da letalidade e sobrevida⁴.

Neste contexto, o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) representa uma ferramenta fundamental para o conhecimento e monitoramento da morbimortalidade por câncer. No entanto, pouco se sabe sobre o funcionamento dos RHC no Brasil, principalmente aqueles que fazem parte da rede pública de saúde. O RHC tem como requisitos básicos: apoio (local) do gestor, do governo, recursos suficientes, colaboração dos principais fornecedores de dados, *hardware* e equipamentos de *software* confiáveis, instalações adequadas, pessoal treinado, e cooperação com outros registros nacionais e internacionais⁵. Sua finalidade é fornecer, ao corpo clínico e à administração do hospital, informações sobre a frequência dos tipos de câncer diagnosticados e/ou atendidos na unidade, estimativa de sobrevida dos pacientes de acordo com o estágio da doença e protocolos de tratamento etc.

À semelhança dos outros sistemas nacionais de informação, o RHC utiliza um instrumento de coleta composto de variáveis sociodemográficas, variáveis relativas à doença (topografia, morfologia, estadiamento), ao tratamento instituído, à sobrevida e ao óbito (causa básica, local de ocorrência etc.).

É necessária, ainda, a formação de uma Comissão Assessora, composta por profissionais de reconhecida capacitação na área de oncologia e com representatividade na instituição, dos quais são exigidos conhecimentos básicos sobre os objetivos do RHC e os correspondentes processos operacionais⁶.

A coleta dos dados para o RHC deve ser feita a partir das fontes disponíveis (prontuários, laudos, declarações de óbitos etc.), havendo muitas vezes necessidade de comparação entre essas fontes. Após a consolidação desses dados no banco do RHC, torna-se possível proceder ao seguimento e à avaliação dos pacientes e da qualidade da atenção que está sendo prestada no hospital no qual o sistema está implantado⁷.

Este estudo tem por objetivo avaliar o funcionamento dos Sistemas de RHC em três Centros de Atenção Oncológica no nordeste brasileiro, através da análise de *estrutura* e *processo*, e a influência dos aspectos contextuais no funcionamento desses registros.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de casos múltiplos, de natureza exploratória e descritiva sobre o funcionamento desses registros, que teve como conceito metodológico básico a análise diagnóstica⁸⁻⁹, com níveis de análise em que as visões dos vários sujeitos sobre o mesmo assunto foram confrontadas¹⁰, que permitiu explicitar a *estrutura*, o *processo* e o contexto organizacional dos três registros hospitalares de câncer estudados. O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob o Registro no SISNEP FR-379064 CAAE-0392.0.172.000-10. Os sujeitos do estudo tiveram como garantia formal da preservação dos seus direitos e deveres o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Do ponto de vista operacional, seguiram-se os princípios da triangulação de métodos que permitiram a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista dos sujeitos¹¹. Foi elaborado um modelo lógico, que corresponde a uma *imagem-objetivo* do RHC, a partir do proposto por Hartz et al.¹². Como base para análise documental, foram utilizadas informações sobre os princípios e métodos dos registros de câncer, no manual de Rotinas e Procedimentos do RHC do Ministério da Saúde (MS) e na Portaria nº 741/2005¹³ e, como referência para apreciação, tiveram-se as dimensões de *estrutura* e de *processo* desenvolvidas por Donabedian¹⁴.

Ao modelo lógico do RHC (Figura 1), foram incorporados os componentes relacionados à *estrutura* (espaço físico, equipamentos, insumos, financiamento, equipe qualificada e a existência da comissão assessora) e ao *processo* (coleta e a melhoria da qualidade dos dados,

documentação, rotinas fluxos de operacionalização, monitoramento dos coordenadores e das coordenações estaduais, a cooperação dos setores do hospital, atuação da comissão assessora, relatórios e boletins, a utilização das informações no planejamento da assistência (pelo corpo clínico) e no planejamento administrativo do hospital).

Foram escolhidas três das sete unidades públicas com RHC implantados que apresentaram as seguintes características: (a) ser hospital público localizado na região nordeste; (b) estar habilitado em atenção oncológica, classificados como Centros de Atenção Oncológica (CACON); (c) ter o RHC implantado há pelo menos quatro anos. A escolha das cidades no nordeste do Brasil deu-se por conveniência da pesquisadora por terem proximidade geográfica com seu domicílio. Sendo assim, foram selecionadas as cidades de Recife (Hospital

Universitário Oswaldo Cruz), de Campina Grande (Hospital Universitário Alcides Carneiro) e de Maceió (Hospital Universitário Alberto Antunes).

Os sujeitos do estudo foram os integrantes dos RHC (coordenadores e registradores) e diretores das instituições. Para coleta dos dados, foram utilizadas a observação direta, obedecendo a um Protocolo de Observação, e a entrevista semiestruturada.

Os dados foram obtidos a partir das proposições teóricas, utilizando o modelo lógico elaborado neste estudo (Figura 1) do julgamento das evidências e a frequência de apresentação dos eventos, tornando os dados do estudo propícios à análise estatística atribuindo-lhes valores numéricos¹⁵ e, pela inferência, com uma descrição objetiva e interpretação do conteúdo das mensagens dos sujeitos do estudo¹⁶.

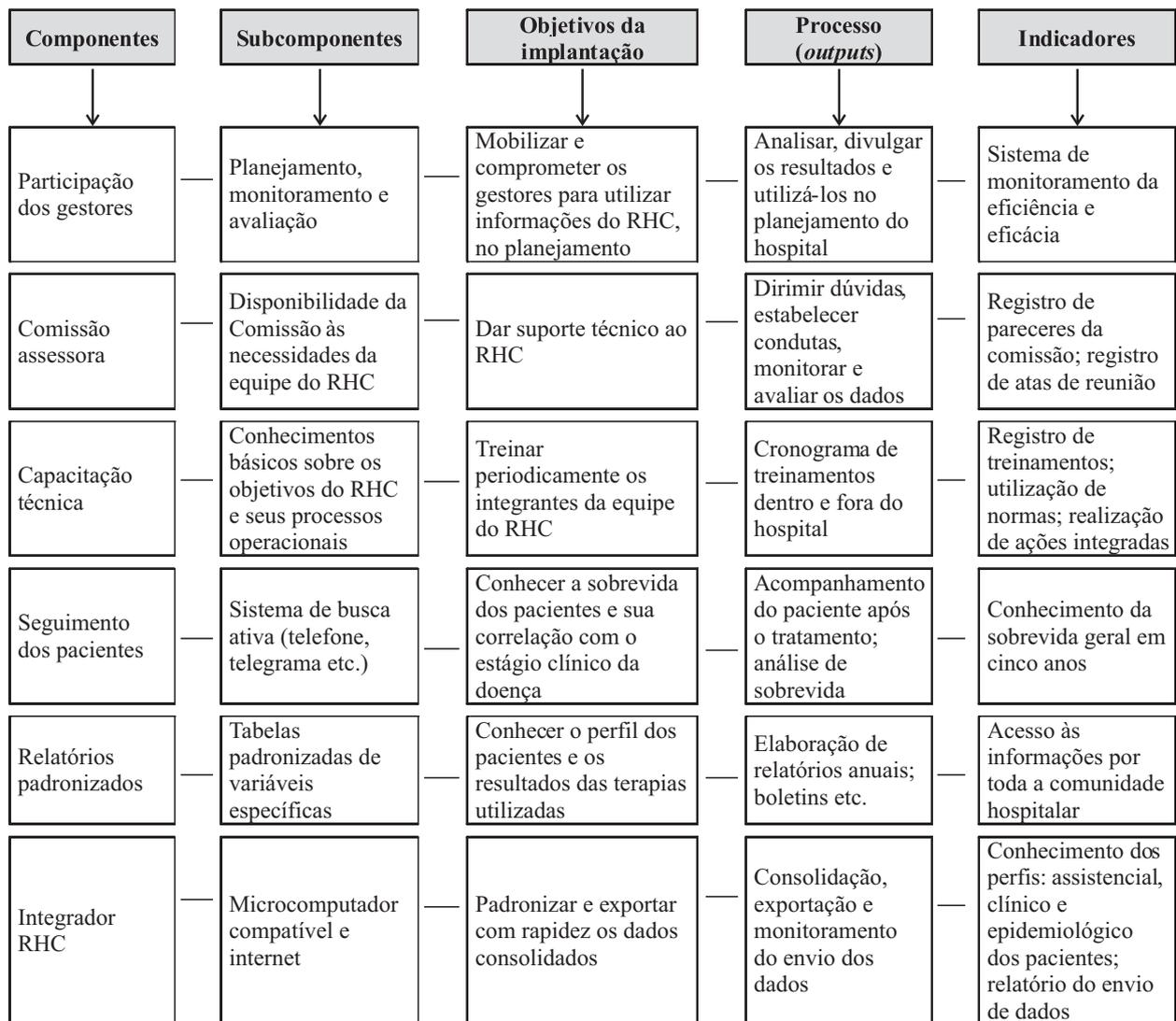


Figura 1. Modelo Lógico do RHC

Estrutura do RHC: instalações físicas; equipamentos; insumos; normas; recursos humanos

Objetivos do RHC: avaliar a assistência prestada na instituição e criar uma base de dados hospitalares para traçar o perfil dos pacientes oncológicos atendidos na unidade

Fonte: Adaptado de Hartz et al. (1997)¹²

O julgamento foi feito a partir da proporção de pontos obtidos em relação ao valor máximo esperado (225 pontos), que correspondeu ao somatório dos valores esperados nos subcomponentes da *estrutura* (100 pontos) e do *processo* (125 pontos), calculado a partir da regra de três simples (total de pontos do valor alcançado/pontuação máxima X 100), com um escore de classificação divididos em três estratos: de 90% a 100%: funcionamento pleno; de 50% a 89,99%: funcionamento parcial; abaixo de 50%: funcionamento incipiente.

RESULTADOS

Observou-se que houve pequena variação entre os três registros estudados em relação à *estrutura* e apresentaram o mesmo grau de comprometimento em relação ao *processo* de trabalho (Tabelas 1 e 2), quando pareados ao modelo lógico utilizado nesta avaliação.

A construção de indicadores do funcionamento dos registros hospitalares de câncer deu-se a partir dos componentes do modelo lógico (Figura 1). Utilizando

Tabela 1. Matriz para julgamento do funcionamento dos Registros de Câncer em relação a critérios / indicadores de *estrutura*

Critérios/ indicadores de estrutura	Padrão	Valor máx. esperado = 100 pontos	Descrição do valor ou ponto de corte	Valor observado			Valor alcançado		
				Hosp. A	Hosp. B	Hosp. C	Hosp. A	Hosp. B	Hosp. C
Equipe completa	=/>90%	10	10 pontos se >90% atendem ao critério 5 pontos se > 50% e < 90% 2 pontos se < 50%	Alcançou >90%	Alcançou >90%	Alcançou >90%	10 pontos	10 pontos	10 pontos
Equipe treinada	=/>90%	10	10 pontos se > 90% atendem ao critério 5 pontos se > 50% e < 90% 2 pontos se < 50%	Alcançou >90%	Alcançou <50%	Alcançou >90%	10 pontos	2 pontos	10 pontos
Coordenador	Exclusivo	5	5 pontos se exclusivo 2 pontos se acumula funções	Acumula funções	Acumula funções	Acumula funções	2 pontos	2 pontos	2 pontos
Registrador exclusivo do registro	Exclusivo	5	5 pontos se exclusivo 2 pontos se acumula funções	Acumula funções	Acumula funções	Exclusivo	2 pontos	2 pontos	5 pontos
Conhecimento da equipe sobre a utilidade do RHC	=/>90%	10	10 pontos se >90% atendem ao critério 5 pontos se >50% e <90% 2 pontos se <50%	Alcançou >90%	Alcançou <50%	Alcançou >90%	10 pontos	2 pontos	10 pontos
Sala destinada às atividades do RHC	Exclusiva	5	5 pontos se exclusiva 0 ponto se compartilhada	Compartilha	Compartilha	Compartilha	0	0	0
Mobiliário	Exclusivo	5	5 pontos se exclusivo 0 ponto se compartilhado	Compartilha	Compartilha	Compartilha	0	0	5 pontos
Computador	Exclusivo	5	5 pontos se exclusivo 0 ponto se compartilhado	Compartilha	Compartilha	Exclusivo	0	0	5 pontos
Impressora	Exclusiva	5	5 pontos se exclusivo 0 ponto se compartilhado	Compartilha	Compartilha	Exclusiva	0	0	5 pontos
Telefone	Exclusiva	5	5 pontos se exclusivo 0 ponto se compartilhado	Exclusivo	Compartilha	Compartilha	0	0	0
Material de consumo	Presente	5	Sim = 5	Sim	Sim	Sim	5 pontos	5 pontos	5 pontos
Software do RHC	Presente	5	Sim = 5	Sim	Sim	Sim	5 pontos	5 pontos	5 pontos
Comissão assessora	Presente	5	Sim = 5	Não	Não	Não	0	0	0
Fichas coleta de dados	Presente	5	Sim = 5	Sim	Sim	Sim	5 pontos	5 pontos	5 pontos
Recursos financeiros	Presentes	5	Sim = 5	Não	Não	Não	0	0	0
Normatização do MS	Presente	5	Sim = 5	Sim	Sim	Sim	5 pontos	5 pontos	5 pontos
Normatização interna	Presente	5	Sim = 5	Não	Não	Não	0	0	0
Total de pontos alcançados							54	38	72

a proposição dos critérios adotados para analisar o funcionamento (Tabela 1), observou-se que o registro de câncer do Hospital A atingiu 60 pontos nas dimensões estrutura e processo, o que corresponde a 26,7% dos critérios. O registro do Hospital B obteve 42 pontos, o que corresponde a 18,7% de todos os critérios. O RHC do Hospital C atingiu a maior pontuação (55 pontos), correspondendo a 33,3% dos critérios estudados. As deficiências na dimensão *processo* são semelhantes nos três

registros (Tabela 2) quando foram analisados os critérios de monitoramento das atividades, registros de reuniões, publicação dos relatórios e boletins, uso das informações no planejamento da assistência e do hospital e suporte das coordenações estaduais. Quanto ao fluxo de verificação de inconsistências, apenas no Hospital B este critério não foi implantado, nos demais registros ele estava implantado, mas não sistematizado. Em nenhum dos hospitais tinha estimativa da cobertura. Conforme demonstrado na

Tabela 2. Matriz para julgamento do funcionamento dos Registros de Câncer em relação a critérios / indicadores de processo

Critérios / indicadores de processo	Padrão	Valor máx. esperado = 100 pontos	Descrição do valor ou ponto de corte	Valor observado			Valor alcançado		
				Hosp. A	Hosp. B	Hosp. C	Hosp. A	Hosp. B	Hosp. C
Fluxo de coleta de dados	Sistematizado e documentado	10	10 pontos se sistematizado e documentado 5 pontos se apenas sistematizada	Apenas sistematizado	Apenas sistematizado	Apenas sistematizado	5 pontos	5 pontos	5 pontos
Fluxo de verificação de inconsistências	Sistematizado e documentado	10	10 pontos se sistematizado e documentado 5 pontos se apenas sistematizado	Apenas sistematizado	Não há verificação	Apenas sistematizado	5 pontos	0	5 pontos
Monitoramento	Estar presente	5	Sim = 5	Não	Não	Não	0	0	0
Parecer da comissão	Ter registro	5	Sim = 5	Não	Não	Não	0	0	0
Reuniões da equipe	Ter registro	5	Sim = 5	Não	Não	Não	0	0	0
Cronograma e relatório de treinamento	=/>90%	10	10 pontos se > 90% registrado 5 pontos se > 50% e < 90% 0 pontos se < 50%	Alcance <50%	Alcance <50%	Alcance <50%	0	0	0
Cronograma e relatório de envio dos dados ao INCA	=/>90%	10	10 pontos se > 90% registrado 5 pontos >50% e < 90% registrado 0 ponto <50% se nada apresentar	Alcance <50%	Alcance <50%	Alcance <50%	0	0	0
Participação da gestão estadual	=/>90%	10	10 pontos se >90% registrado 5 pontos se >50% e <90% 0 ponto se <50%	Alcance <50%	Alcance <50%	Alcance <50%	0	0	0
Participação da gestão local	=/>90%	10	10 pontos se > 90% registrado 5 pontos se > 50% e < 90% 0 ponto se <50%	Alcance <50%	Alcance <50%	Alcance <50%	0	0	0
Manutenção/sistema	Estar presente	5	Sim = 5	Não	Não	Não	0	0	0
Envio dos dados	=/>90%	10	10 pontos >90% se envio até 2008 5 pontos >50% e <90% até 2007 0 pontos <50% até 2006	Alcançou >50% e < 90%	Alcançou >90%	Alcançou >90%	5 pontos	10 pontos	10 pontos
Cobertura do RHC *	=/>80%	10	10 pontos se >80% de cobertura 5 pontos se >40% e <79%	Sem informação	Sem informação	Sem informação	0	0	0
Boletins publicados	Estar presente	5	Sim = 5	Não	Não	Não	0	0	0
Relatórios emitidos	Estar presente	5	Sim = 5	Não	Não	Não	0	0	0
Uso das informações	Estar presente	5	Sim = 5	Não	Não	Não	0	0	0
Total de pontos alcançados (*cobertura = n° de casos que o RHC cadastra por ano / n° de casos novos que chegam ao serviço X 100)							15	15	20

Tabela 3, a dimensão *processo* foi a mais comprometida nos registros de câncer, com baixas pontuações.

De acordo com os percentuais atingidos e dos estratos mencionados anteriormente, o funcionamento dos RHC do nordeste brasileiro foram classificados como insipientes.

Considerando os subcomponentes em separado, percebe-se que, em relação à *estrutura*, o funcionamento dos hospitais teve maior variação, onde a diferença entre o Hospital C (de melhor implantação) e o Hospital B (de pior implantação) foi de 28 pontos. Esse resultado deve-se ao fato de no Hospital B não haver equipe treinada, mobiliários e equipamentos destinados exclusivamente às atividades do registro. Do mesmo modo que a equipe do RHC do Hospital A, a do Hospital C demonstrou conhecimento pleno sobre a utilidade do RHC no planejamento do hospital. O mesmo não foi constatado na equipe do Hospital B, apesar de essa equipe estar atuando no registro há 4 anos, isso se deve à falta de treinamento da equipe do Hospital B. Os três hospitais foram semelhantes no não atendimento aos critérios relativos aos recursos humanos e espaço físico exclusivos do RHC, recursos financeiros destinados à manutenção dos registros, existência da comissão assessora e de rotinas internas escritas.

Em relação ao *processo*, os três registros estudados tiveram pontuações semelhantes, com uma diferença apenas de 5 pontos entre os hospitais A e B e o Hospital C (o de melhor desempenho). Os três hospitais atenderam parcialmente ao critério de fluxo de coleta de dados, enquanto, no critério de verificação de inconsistências, os Hospitais A e C atenderam parcialmente e o Hospital B não atingiu pontuação. Houve atendimento pleno do critério de consolidação e envio de dados no Hospital B e no Hospital C e atendimento parcial no Hospital A. Em todos os outros critérios de *processo*, analisados, os três hospitais não obtiveram pontuação.

Pôde-se identificar a influência que os aspectos contextuais exerceram no funcionamento dos RHC, quando da observação dos atores internos. Os Hospitais A e C contaram com lideranças representativas e influentes e o Hospital B contava com liderança voltada quase que exclusivamente para suas atividades técnicas e gerenciais na oncologia. Destacou-se que a grande queixa dos registradores foi a dificuldade de encontrar e de ler

as informações nos prontuários. Outro aspecto relatado foi a falta de suporte da informática nos hospitais. A participação da diretoria foi parcial no hospital C e nula nos Hospitais A e B. A implantação do RHC pode ter sido prejudicada nestes dois hospitais, pelo suporte inadequado da diretoria, tanto nas questões relativas à formação da Comissão Assessora (nos três hospitais), quanto no déficit de recursos humanos em quantidade (no Hospital A) e em quantidade e qualificação no Hospital B.

Dois grandes obstáculos para o funcionamento dos registros, identificados nos hospitais estudados são: a falta de suporte das coordenações estaduais e a falta de alocação de recursos financeiros, pelo MS, para a manutenção dos RHC.

A influência dos elementos contextuais no funcionamento do registro de câncer percebe-se nos discursos dos sujeitos:

[...] A minha maior dificuldade é a caligrafia do médico. Têm muitos médicos que pra você entender uma sílaba é muito difícil (registrador do Hospital A); [...] Recebemos visita da coordenação estadual três vezes em quatro anos (coordenador do Hospital B); [...] a deficiência de pessoal provocou uma redução severa no nosso registro de câncer[...] quando houve a mudança de governo, mudou tudo. Ninguém veio mais aqui[...] Aí se passaram dois anos aproximadamente[...] dificuldade de comunicação entre a Secretaria do Estado e do município até chegar aqui[...] É mais fácil falar com o INCA[...] (coordenador do Hospital C).

DISCUSSÃO

Inúmeros estudos relatam como os sistemas de informação possibilitam uma utilização mais eficiente dos processos de gestão e como o setor público de saúde vem acompanhando os avanços e aprimoramento desses sistemas¹⁷. Esse entendimento de que os dados gerados pelos sistemas podem ter uma utilidade que ultrapassa os benefícios mais imediatos¹⁸ deveria ser aplicado também na assistência oncológica, a qual pode ser avaliada a partir das informações oriundas de um RHC, sendo necessário uma abordagem que valorize a informação para as ações gerenciais e assistenciais. Mirra¹⁹ ressalta

Tabela 3. Resultados alcançados pelos RHC, segundo as dimensões de estrutura e processo

Crítérios / indicadores	Hospital A	Hospital B	Hospital C
Estrutura	54	38	72
Processo	15	15	20
Pontuação total alcançada	69	54	92
% alcançada	30,6	23,5	40,8

que a epidemiologia e a vigilância do câncer devem ser realizadas por meio da implantação, acompanhamento e aprimoramento dos Registros de Câncer, para as ações de prevenção e controle das doenças neoplásicas.

A implantação de um RHC em um país em desenvolvimento é um grande desafio devido às dificuldades a serem superadas para uma razoável integralidade e qualidade de dados²⁰, sendo difícil quantificar a influência ou contribuição exata da dimensão *estrutura* no funcionamento dos registros, ou seja, aquelas condições que constroem e condicionam o universo de práticas²¹, mas é possível falar em termos de tendências, isto é, uma *estrutura* mais adequada aumenta a probabilidade de um funcionamento pleno desses registros. A dimensão *processo* abrange todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais e aí se encontram as bases para um funcionamento com qualidade de um programa²².

Assim, o presente estudo buscou contribuir para a sistematização de análise da influência das dimensões *estrutura* e *processo* e dos aspectos contextuais no funcionamento dos registros de câncer de base hospitalar e, de acordo com os resultados obtidos, verificaram-se que os registros de câncer dos três hospitais em estudo apresentaram diversos pontos críticos que comprometem seu funcionamento, relacionados às dimensões *estrutura* e, principalmente, *processo*. As dificuldades enfrentadas pelos registros de câncer em relação a problemas estruturais podem comprometer, principalmente, o processo de análise dos dados. A falta da Comissão Assessora nos três registros analisados, por exemplo, pode comprometer a fidedignidade dos dados coletados e esses dados podem ser decisivos para a implantação de políticas públicas de saúde, estabelecimento de protocolos de tratamento mais efetivos e desenho de estudos clínicos focados para o padrão da população. A falta de rotinas escritas e fluxos formalmente estabelecidos dos processos de trabalho evidenciam a carência de sistematização das atividades de coleta, monitorização e elaboração de relatórios.

Alguns aspectos que foram citados pelos entrevistados merecem destaque nesta discussão: 1) a falta de apoio tanto da gestão local quanto da gestão estadual; 2) as informações dos registros não fazem parte das discussões da gestão local e do corpo clínico dos hospitais; 3) a falta de recursos financeiros destinados manutenção do registro; 4) a falta de conhecimento da cobertura dos registros.

No que se refere ao primeiro aspecto, evidencia-se a carência de uma combinação de *estrutura* (pessoas e tecnologias) e *processos*, pautada na monitorização e no apoio local. Novaes et al.²³ destacam importância da contribuição técnica e científica da esfera estadual para a melhoria dos processos e consequente melhoria das informações e definição de prioridades das ações.

Em relação ao segundo aspecto, sabe-se que as tecnologias de informação em saúde são capazes de

modificar a organização e o aprimoramento dos processos de trabalho em saúde. No entanto, percebeu-se um desconhecimento do potencial de uso da informação como ferramenta para a gestão descentralizada. Branco²⁴, em 1998, já alertava o quanto era preocupante o número de gestores no Brasil que ainda desconsidera o uso da informação na gestão dos serviços.

O terceiro aspecto aponta para a necessidade de desenvolver ações entre as três esferas de governo, a fim de superar os obstáculos relativos ao aporte de recursos financeiros para montagem e manutenção da infraestrutura de informática e para treinamento e atualização das pessoas que atuam nos registros. Isso requer uma sistematização na alocação desses recursos para a consequente e necessária continuidade e melhoria das ações de coleta, processamento, análise dos dados e divulgação das informações.

Finalmente, o quarto aspecto tem como plano de fundo a dificuldade dos hospitais estudados em saber quantos e quais são as pessoas que chegam ao serviço. Nas avaliações de programas e serviços de saúde, a intervenção geralmente é definida pelo indicador de cobertura, que também expressa a magnitude da implantação das ações e que necessita ser mantida em níveis aceitáveis. A cobertura do registro de câncer é um indicador que pode dar uma ideia da funcionalidade do registro, podendo ser influenciado pelo contexto organizacional. O estabelecimento dessa cobertura, apesar da aparente simplicidade na sua formulação, depende da disponibilidade de recursos e de questões metodológicas e operacionais para a sua construção, mas não raro são negligenciadas por avaliadores e gestores de saúde²⁵. A falta de aspectos elementares, como a informação sobre o número de casos novos anuais admitidos no hospital para tratamento oncológico, não permite o acompanhamento da cobertura do registro.

CONCLUSÃO

As unidades de análise deste estudo foram constituídas de três hospitais universitários, que atuam como centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde, sendo um espaço de atendimento especializado, de pesquisa e ensino de graduação e pós-graduação, desempenhando papel de destaque na comunidade onde estão inseridos. O aprimoramento constante da assistência à saúde e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias deveriam garantir melhores padrões de eficiência à disposição da rede do SUS. No entanto, esses hospitais universitários apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento, que influenciam o funcionamento dos registros de câncer.

Pôde-se constatar que, mesmo tendo sua utilidade no planejamento do hospital e no desenvolvimento do desempenho do corpo clínico, as deficiências de *estrutura e processo* comprometeram o funcionamento dos registros estudados.

Para alcançar os objetivos definidos para o RHC, torna-se necessário considerar dimensões como: diferenças regionais, modelos mentais de gestores e trabalhadores, valores, responsabilidade social, poderes e saberes, ética e capital social, assegurando o direito à saúde enquanto dever do Estado e direito de cidadania. Esse processo deve se dar em profunda articulação com as instituições de ensino e pesquisa em saúde, informação e gestão, existentes no país. Portanto, deve-se incentivar a realização de pesquisas indicando o grau de consonância dos registros de câncer de base hospitalar e as práticas das organizações hospitalares, como preconiza o MS.

É importante a utilização do modelo lógico construído neste estudo, na avaliação de RHC, principalmente pelo baixo custo e celeridade na sua aplicação em relação a outras metodologias de avaliação. Além disso, os instrumentos que compõem o modelo lógico de avaliação poderão ser replicados em outras localidades.

Pode-se considerar, também, a elaboração de *guidelines* para avaliações sistemáticas dos RHC, com critérios e padrões de qualidade determinados, que poderão ser validados por pesquisa avaliativa e utilizados como instrumentos de monitoramento, para compor um programa de garantia de qualidade desses registros.

Por fim, a experiência ajudou a distinguir também obstáculos às melhorias, entre eles a ausência de uma política direcionada aos recursos humanos e ao suporte financeiro aos registros de câncer dos hospitais públicos. Os sucessos parciais, aqui reconhecidos e ressaltados, são prova de que existe um longo caminho a ser percorrido e que é necessário incluir a situação dos registros de câncer dos hospitais públicos na pauta da discussão de estratégias de melhoria da qualidade da informação no controle do câncer, tanto do Instituto Nacional de Câncer/MS quanto da Associação Brasileira de Registros de Câncer.

CONTRIBUIÇÕES

Lucia Reis do Nascimento contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa; na redação e revisão crítica. Sandra Valongueiro Alves contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Guerra MR, Moura Gallo CV, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev bras cancerol.* 2005;51(3):227-34.
2. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; c2009. 98 p.
3. Moraes IHS, González de Gomez MN. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciênc saúde colet.* 2007;12(3):553-65.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Integração de informações dos registros de câncer brasileiros. *Rev Saúde Públ.* 2007;41(5):865-8.
5. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação de Controle de Câncer Pro-Onco. Manual de auto-instrução para registrador de tumores. Livro 5, Bases do tratamento do câncer. Rio de Janeiro: INCA; 1993-1994.
6. Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG, editors. *Cancer registration: principles and methods.* Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1991. 288 p. (IARC scientific publication; n. 95).
7. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Registros hospitalares de câncer: rotinas e procedimentos. Rio de Janeiro: INCA; 2000. 158 p.
8. Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. *Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências.* Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2007. 349 p.
9. Minayo MCS, Deslandes SF. *Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde.* *Ciênc saúde colet.* 2009;14(5):1641-9.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 6a ed. São Paulo: Hucitec; 1999. 269 p. (Saúde em Debate; 46).
11. Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes.* Petrópolis: Vozes; 2006. 375 p.
12. Hartz ZMA, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Leal MC. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA, coordenadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 1997. p. 89-131.
13. 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 (2005 dez 23);Sec.1:113.
14. Donabedian A. Quality assurance: structure, process and outcome. *Nurs Stand.* 1992;7(11 Suppl QA):4-5.
 15. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2a ed. Grassi D, tradutor. Porto Alegre: Bookman; 2001. 205 p.
 16. Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA, Pinheiro A, tradutores. Lisboa: Edições 70; 2010. 281 p.
 17. Cunha FJAP, Mendes VLPS. A política nacional de informação e informática: uma base para a implantação da gestão da informação nos serviços de saúde. Anais [do] V CINFORM: Encontro Nacional de Ciência da Informação; 2004 jun 28-30; Salvador, BR. [citado 2009 dez 20]. Disponível em: http://www.cinform.ufba.br/v_anais/artigos/francisco.html
 18. Gomes FBC. Abordagem epidemiológica dos sistemas de informação no Brasil: gerenciamento, realização de pesquisas e divulgação no IESUS [editorial]. *Inf epidemiol SUS.* 2001;10(3):109-12.
 19. irra AP, coordenador. Registros de câncer no Brasil e sua história. São Paulo; 2005 [citado 2011 out 26]. 28 p. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/rcsp/img/arquivos/rcsp_2005.pdf
 20. Valsecchi MG, Steliarova-Foucher E. Cancer registration in developing countries: luxury or necessity? *Lancet Oncol.* 2008;9(2):159-67.
 21. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde: revisão. *Rev Saúde Públ.* 2000;34(5):547-59.
 22. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003. 200 p.
 23. Novaes HMD, Tanaka OY, Cecilio LCO. A epidemiologia na avaliação dos serviços de saúde: a discussão da qualidade. *Saude soc.* 1995;4(1/2):111-7.
 24. Branco MAF. Informação e tecnologia: desafios para a implantação da Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS). *Physis (Rio J.).* 1998;8(2):95-123.
 25. Aquino R, Barreto ML. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(4):905-14.

Abstract

Introduction: A Hospital Cancer Registry (HCR) is indispensable for the identification and monitoring of both morbidity and mortality from cancer at the hospital level, but little is known about the operational conditions of these registries in Brazil, mainly those of public health. **Objective:** To evaluate how the three HCR of Oncology Care Centers in northeastern Brazil operate, through the *structure* and *process* analysis, and how the contextual aspects influence the operations of these registries. **Method:** It is an exploratory multiple case study, which uses a logical model and a matrix of indicators, through direct observation and interviews with members of the registries and directors of these institutions. **Results:** The three HCR had several points that have compromised their operations, related to its *structure* and *process*. Regarding the *structure* dimension, all registers shared physical space with other activities. One HCR had exclusive staff and equipment and none had written internal routines, record of the activities or an Advisory Committee installed. The lack of support from state coordination, local coordination, information technology, as well as the lack of financial resources destined to its maintenance were reported. In the *process* dimension, the checking of inconsistencies in the data collection and data entry were not performed, and the teams did not know the coverage of the registries; there was no publication or use of information from the HCR in the planning of these hospitals. **Conclusion:** The operation of the HCRs was classified as incipient, showing the need to include the situation of those registries in the discussion of strategies to improve the quality of the information on cancer control. **Key words:** Neoplasms; Hospital Records; Structure of Services

Resumen

Introducción: El Registro Hospitalario de Cáncer (RHC) es indispensable para la identificación y vigilancia de la morbilidad y mortalidad del cáncer en nivel hospitalario, pero poco se sabe poco de las condiciones del funcionamiento de estos registros en Brasil, principalmente los de la red pública de salud. **Objetivo:** Evaluar el funcionamiento de los RHC en tres Centros de Atención Oncológica en el noreste de Brasil, a través del análisis de la *estructura* y *proceso* y la influencia de los aspectos del contexto en el funcionamiento de estos registros. **Método:** Se trata de un estudio de casos múltiples, exploratorio que utiliza un modelo lógico y una matriz de indicadores, a través de la observación directa y entrevistas con los miembros de los registros y con los directores de las instituciones. **Resultados:** Los tres RHC presentaron diversos puntos diversos que comprometían a su funcionamiento, relacionados con la *estructura* y *proceso*. En la dimensión *estructura* los registros funcionaron en espacio físico compartido con otras actividades. Un registro disponía de personal y equipos exclusivos y ninguno contaba con rutinas internas por escritura, registro de las actividades y Comité Asesor. Se reportó la falta de apoyo de los coordinadores estatales, de la coordinación local, del sistema, además de la ausencia de los recursos financieros destinados a su mantenimiento. En la dimensión *proceso* no se llevó a cabo la verificación de inconsistencias en la recogida y tecleo de los datos no fue llevado a través, los equipos no sabían de la cobertura de los registros y no había ninguna publicación o uso de informaciones de los RHC en el planeamiento de los hospitales. **Conclusión:** El funcionamiento de la RHC fue incipiente y demostró la necesidad de incluir la situación de estos registros en la discusión de estrategias para la mejoría de la calidad de la información en el control del cáncer.

Palabras clave: Neoplasias; Registros de Hospitales; Estructura de los Servicios