

http://doi.org/10.48195/jie2023.26483

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

Andreza Lima Cardoso[1]; Miguel Armando Bick[2]; Arlete Loureiro Rigon[3]; Graciele Pontes[4]; Rejane Cassol[5] Adriana Dall asta Pereira[6]

RESUMO

Informações do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) são fundamentais para vigilância em saúde. Este estudo objetivou avaliar a qualidade das informações do RHC do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) entre os anos de 2010 a 2015. Tratou-se de um estudo descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa totalizando 7126 casos. Os dados foram obtidos no Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC) do HUSM. As informações foram exportadas para o Microsoft Excel®, e analisadas por meio da estatística descritiva. Verificou-se grau de completude "ruim" para as variáveis sociais. As variáveis relacionadas à classificação dos tumores malignos alcançaram graus de consistência "muito ruim e 8,2% do total de casos estavam duplicados. O estudo permitiu conhecer lacunas que interferem na qualidade da informação. Espera-se melhor qualificação dos profissionais envolvidos no processo de geração de dados afim de informações fidedignas e de qualidade, que refletirão nas ações de planejamento da assistência do câncer.

Palavras-chave: Vigilância Epidemiológica; Melhoria da qualidade, Sistemas de informação hospitalar; Câncer; Tumores.

---

[1] Pesquisa Quantitativa

[1] Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde - HUSM/UFSM. andrezalimacardoso@gmail.com
2 Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno-Infantil – HUSM/UFSM. Miguel.bick@ebserh.gov.br
3 Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Oncologia - HUSM/UFSM. Arlete.rigon@hotmail.com
4. Enfermeira. Mestre em Enfermagem – HUSM/UFSM. Graciele.pontes@ebserh.gov.br
5. Mestranda do Curso Saúde Materno-Infantil – rejane.cassol@ufn.edu.br
6. Professora do Programa de Mestrado Materno Infantil da UFN. Doutora em Ciências pela UNIFESP. email: adrianadallasta@ufn.edu.br



ABSTRACT

This document provides the formatting model that should be used in the complete papers sent to the Information from the Hospital Cancer Registry (RHC) is essential for health surveillance. This study aimed to evaluate the quality of information from the RHC of the Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) between the years 2010 to 2015. It was a descriptive and retrospective study with a quantitative approach, totaling 7126 cases. Data were obtained from the Hospital Cancer Registry System (SisRHC) of the HUSM. The information was exported to Microsoft Excel®, and analyzed using descriptive statistics. A "poor" degree of completeness was verified for the social variables. Variables related to the classification of malignant tumors reached degrees of consistency "very bad" and 8.2% of the total number of cases were duplicated. The study made it possible to identify gaps that interfere with the quality of information. A better qualification of the professionals involved in the data generation process is expected in order to provide reliable and quality information, which will be reflected in cancer care planning actions.

Keywords: Epidemiological monitoring; Quality improvement, Hospital information systems; Cancer.

1. INTRODUÇÃO

As mudanças demográficas, sociais e econômicas, ocorridas no Brasil, provocaram mudanças nas causas de mortalidade e morbidade, ocasionando, dessa forma, mudanças do perfil causal do câncer já que as etiologias infecciosas e transmissíveis passaram para as atuais causas externas crônicas e não transmissíveis.

Face à magnitude do câncer como problema de saúde pública, torna-se fundamental compreender a doença perante seus determinantes, perfil das populações acometidas e serviços disponibilizados para seu controle. O conhecimento destes fatores devem ser baseados em informações precisas e constantemente atualizadas que sustentem a tomada de decisões para a formulação de ações e políticas públicas de saúde que reduzam e controlem o processo de adoecimento do câncer de forma integral, da prevenção ao tratamento (AMARAL,2016). Nesse sentido, a Vigilância do câncer no Brasil tem como uma ferramenta

os Registros Hospitalares de Câncer (RHCs). Esses registros se caracterizam em centros de coleta, armazenamento, processamento e análise de forma sistemática e contínua de informações sobre pacientes ou pessoas com diagnóstico confirmado de câncer. Em 1998, o funcionamento dos RHC tornou-se obrigatório, por meio da Portaria 3.535/MS, com a regulamentação dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Em 2005, os RHC foram fortalecidos e reafirmados pela Portaria 741 da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), destacando que as Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia implantem, em doze meses a partir da publicação da Portaria, o Registro Hospitalar de Câncer, informatizado, e segundo os critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo INCA(BRASIL, 2007).

Com o intuito de reunir e ampliar o acesso aos dados hospitalares provenientes dos RHC de todo o Brasil o INCA, em 2007, desenvolveu o Integrador RHC (IRHC), que consiste em um sistema disponível na rede mundial de computadores que permite o recebimento, monitoramento, tabulação e divulgação dos dados de forma acessível e segura (BRASIL,2007).

Destacando a abrangência das informações divulgadas por meio de um RHC e a importância das mesmas como ferramenta para definir o planejamento da assistência e os programas de controle do câncer, torna-se de fundamental importância a análise da qualidade desses dados. Entende-se que para que um sistema de vigilância se mantenha eficiente, é necessário que seu funcionamento seja aferido regularmente em todos os níveis, com vistas a melhorar a qualidade, eficácia, eficiência e efetividade das ações (BRASIL, 2010). A qualidade da informação é consequência da qualidade com que se realizam as etapas, desde a coleta ou registro até a disponibilização dos dados produzidos pelos Sistemas de Informação (MORAES, 2001).

São consideradas dimensões da qualidade da informação segundo Lima e colaboradores: acessibilidade; clareza metodológica; cobertura; completitude; confiabilidade; consistência (coerência); não duplicidade; oportunidade; e validade. Portanto, o presente estudo avaliou a qualidade das informações por meio da verificação da completude, consistência e não duplicidade das bases de dados do RHC do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

2. OBJETIVO

Avaliar a qualidade das informações da base de dados do RHC do HUSM entre os anos de 2010 e 2015 quanto o grau de duplicidade, completude e consistencia das variaveis selecionadas.

3. METODOLOGIA

A análise foi feita a partir do download da base de dados disponibilizada pelo SisRHC do HUSM já consolidada, enviada ao IRHC, e correspondente aos anos de 2010 a 2015 (N= 7126). Tal período foi escolhido pelos dados terem sido coletados através da última atualização da ficha de tumor e os últimos a serem consolidados. Foram considerados os casos analíticos, ou seja, casos de neoplasia maligna cujo planejamento e realização do tratamento foram executados no próprio hospital. O HUSM dispõe de RHC desde 2002 e é habilitado pelo Ministério da Saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e que dessa forma tem como obrigatoriedade a implantação de um RHC. Foram definidas como variáveis de estudo aquelas consideradas como obrigatórias, relacionadas ao tumor e ao perfil sócio demográfico dos usurários, assim como as relacionadas aos fatores de risco do câncer. Os dados foram exportados do Sistema de Informatização dos Dados de Registros Hospitalares de Câncer (SisRHC) para uma planilha no Microsoft Excel®, onde foi realizada a estatística descritiva através da utilização de frequência relativa (%) e absoluta (N).

Para analisar a completude e a consistência dos dados, foi utilizada a classificação proposta por Romero e Cunha, com os seguintes graus de avaliação: excelente, quando a variável apresenta menos de 5% de preenchimento incompleto; bom (5% a 10%); regular (10% a 20%); ruim (20% a 50%); muito ruim (50% ou mais). A duplicidade foi constatada quando, no total de registros analisados, um mesmo indivíduo foi notificado mais de uma vez. Foi considerado aceitável o percentual de duplicidade até 5,0% conforme Abath e Lima 2014. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitês de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria sob CAAE 70644217.1.0000.5346 e parecer 2.169.342

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere a completude das variáveis, o INCA estabelece que a meta para qualidade é igual ou inferior a 10%5 . Na avaliação da completude dos dados gerados pelo RHC do HUSM, ocupação, instrução, alcoolismo e tabagismo destacaram-se com taxas maiores de incompletude quando comparado com a literatura.

Em outro estudo que analisou a consistência da base de dados do RHC de Minas Gerais mostrou também que as variáveis sócias demográficas que apresentaram maior proporção de registros sem informação foram: instrução (69%), alcoolismo (50%) e tabagismo (46%) (D'ALESSANDRO ET AL 2010). Grabois et al, 2014, quando objetivou quantificar o percentual de ausência de informação sobre ocupação nos Registros Hospitalares de Câncer no Brasil, encontrou o percentual médio de ausência de informação superior a 45% para todas as topografias selecionadas . Nesse estudo, foi encontrado 66% de incompletude para a mesma variável, embora considera-se que muitos diagnósticos dos tumores decorrem de exposição ocupacional, sendo o preenchimento dessa variável necessário para que se investigue uma possível relação causal e também para o fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador (INCA, 2012) . Concerne acentuar que as variáveis que traçam o perfil epidemiológico são informações essenciais para avaliar as características biopsicossociais e os determinantes dos pacientes oncológicos atendidos nos CACON'S e UNACON'S e amplamente utilizadas em estudos de vigilância em saúde (GOMES, 2010) .

As variáveis relativas ao tumor (pTNM, TNM e estadiamento) destacaram-se por aresentar inconsistência e graus de incompletude muito ruins e ainda mais significativos (pTM 58%, TNM 70% e estadiamento 52%) do que as achadas por D'Alessandro et al, que observaram percentual dos casos registrados sem informação de 35% para pTM e TNM e 26% para estadiamento. Todavia, Pinto et al encontraram resultados ruins para TNM (49,8%) e estadiamento (29,7%) e ressalta que essas informações são elementares para qualificar a assistência prestada ao paciente oncológico e para subsidiar estudos de sobrevida do câncer, pois o estadiamento do tumor é um fator prognóstico importante da evolução da doença .

Acredita-se que a incompletude das informações nos campos selecionados esteja relacionada com o despreparo dos registradores na buscar por informações; a deficiente

retroalimentação das informações pelos profissionais de saúde nos prontuários e a falta de uniformização dos prontuários de saúde com as informações epidemiológicas e clínicas dos pacientes. Estudos que objetivaram compreender as dificuldades de registradores na coleta de informações trazem que a busca de informação no prontuário ainda é muito manual ocasionando dificuldades na coleta em detrimento a qualidade dos dados (VERAS, 1994).

Conquanto, referente às fontes das informações, desde 2005, através da portaria nº 741 o MS diz ser indispensável o uso de prontuário único em hospitais de alta complexidade em oncologia, ressaltando que o mesmo deve garantir um prontuário para cada paciente, contendo toda a assistência a ele prestada (ambulatorial e internação, de rotina e de urgência, estadiamento, planejamento terapêutico global, cirurgia, radioterapia e quimioterapia, dentre outros) além das informações clínicas, prognósticas e de evolução da doença de todos os profissionais da saúde envolvidos no atendimento do usuário, de forma clara, precisa, datas e assinadas devidamente (BRASIL, 2005).

No que concerne a consistência entre a data da primeira consulta e a data no início do tratamento, verificou-se resultados regulares (11,05% dos casos), onde a data do tratamento era anterior à data do diagnóstico, decorrência do controle de qualidade disponível no aplicativo SisRHC. Embora os resultados não tenham sido significativos essas informações são imprescindíveis de serem coerentes, pois é a base para o cumprimento da Lei nº 12.732/12, que estabelece o direito de pacientes ao tratamento do câncer em até 60 dias, contados a partir do dia em que for confirmado o resultado positivo para a neoplasia (BRASIL, 2012) .

Quanto à duplicidade, segundo Lima 2009, a verificação desse dado é importante porque repetidas notificações de um mesmo caso podem impactar na superestimação da incidência e/ ou da prevalência de um determinado agravo (LIMA,2009) . O RHC destina um número de registro para cada paciente, sendo este o acesso a todos os documentos do paciente no âmbito do RHC, uma vez que um paciente tenha mais que um tumor primário ou lesões múltiplas do mesmo tumor em diferentes topografias, será atribuído o mesmo número de registro a todos os tumores, pois o número de registro refere-se ao paciente, e não ao tumor . Nesse estudo, a duplicidade foi 46 encontrada em um grau não aceitável e acredita-se estar relacionado ao despreparo dos registradores ao cadastrar pacientes com diagnósticos de múltiplas lesões primárias. Pacientes diagnosticados com neoplasias características de

acometerem mais de uma topografia, como a neoplasia de pele, foram os que predominaram nos casos duplicados, uma vez que cada nova lesão diagnosticada foi cadastrada como um novo caso. Ademais, o SisRHC não detecta se a mesma pessoa foi registrada duas ou mais vezes no sistema, caso a pessoa possua mais de um número de prontuário e caso o nome tenha sido digitado errado. D'Alessandro et al ao avaliar os RHC de Minas Gerais encontraram1.402 (2,7% do total) casos registrados em duplicidade e/ou duvidosos de mesma pessoa. Dos 21 RHC, 25% apresentaram número de registros duplicados inferior a 16 e mediana de 41 registros duplicados. O número mínimo de registros duplos encontrados foi nove, e o máximo de 32413 . O fato de ainda existir duplicidades comprova que as medidas retificadoras, que objetivam à exclusão dos registros em duplicação podem não estarem sendo aplicadas ou não há capacitação profissional para essa tarefa.

Embora o SisRHC mantenha críticas na digitação e processamento dos dados, que identifica no banco de dados os registros incoerentes ou com erros, restringindo a entrada de dados incompatíveis com as opções previstas, é necessário uma avaliação rigorosa dos dados gerados. As situações consideradas como erro pela rotina de crítica estabelecida no SisRHC requerem reavaliação das informações, que deverão serem validadas por profissionais capacitados na área da oncologia e responsáveis pela manutenção do RHC, em que destacamse os membros da comissão assessora e o coordenador do RHC. Esses profissionais são responsáveis também por detectar falhas no programa, assim como percebida oportunidade de melhoria ou de correção anotar e comunicar ao INCA para que mudanças na programação do SisRHC sejam realizadas5 .

4. CONCLUSÃO

A análise da qualidade do banco de dados do SISRHC do HUSM evidenciou que seu proposito e construção são fundamentais para traçar o perfil da clientela e os serviços ofertados para o controle do câncer, mas, ainda são insuficientes para alcançar uma melhor veracidade da vigilância da atenção oncológica. É imprescindível intensificar medidas na identificação das suas deficiências, a fim de regularizar lacunas. Os resultados obtidos por este estudo, de modo geral, evidenciam altos graus de incompletude em variáveis fundamentais para caracterização do perfil sócio demográfico dos pacientes e que determinam

fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasias. Ademais, variáveis relacionadas ao tumor, que sustentariam informações para o acompanhamento da evolução da doença, e dessa forma, da qualidade da assistência prestada, apresentaram graus de completude muito ruins e preenchimento incorreto, pressupondo-se como justificativa a incompletude de prontuários e/ou a ínfima procura por informação por parte dos registrados. Contudo, o grau de duplicidade teve significativa relevância frente a mensuração da qualidade dos dados do RHC.

O grande número de casos duplicados acomete a fidedignidade das análises estatísticas geradas pelo banco de dados. Logo, evidencia-se que capacitações continuadas e sistemáticas precisam ser constantemente ofertadas aos profissionais envolvidos na coleta dos dados, a fim de respeitar a padronização proposta pelo INCA de acordo com as normas técnicas operacionais especificadas nos manuais que sustentam o funcionamento dos RHC's. As inconsistências encontradas denotam ser imprescindível que os profissionais que geram os dados (médicos e demais profissionais de saúde) tenham consciência sobre a importância destes e da consequente necessidade do registro. Sem essa percepção, a qualidade 48 dos dados estará comprometida desde que gerado. Bem como, os registrados, na buscar pelas informações devem ter uma visão ampliada e crítica ao captar os dados para que informações infundadas e ilógicas não sejam produzidas. Espera-se que o material levantado nesse estudo, fomente a necessidade de investir na qualidade dos recursos humanos, físicos e de informática que garantirão bases consistentes e de qualidade no RHC do HUSM. Que seja garantido que gestores, registradores e comissões ligadas ao RHC exerçam as capacitações periódicas ofertadas pelo INCA, e demais, que permitem constante atualização. À vista disso, as bases de dados dos RHC de fato serão fontes de informação incontestáveis para realização de análises estatísticas que subsidiarão, por sua vez, a definição de ações voltadas para o planejamento da assistência, prevenção e controle ao câncer no Hospital Universitário de Santa Maria.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A.S.; SOUSA, A.J.F.P. Qualidade da informação e intuição na tomada de decisão organizacional. Perspect. ciênc. inf. [online]. 2011, vol.16, n.1, pp.133-146. ISSN 1981-5344. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413- 99362011000100008. Acesso em: 15 Dez. 2022.

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. Revista de Saúde Pública, v. 41, n. 5, p. 865-868, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7ª ed. Brasília, 2010a.

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):417-420.

GRABOIS MF, SOUZA MC, GUIMARAES 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 Cancer [internet] 2014 [cited 2018 jul 22] . 60(3): 207-2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. 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.

LIMA, C.R.A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2009; 25: 2095-109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União. Brasília, 23 nov. 2012; Seção 1:1-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 741, de 19 de dezembro de 2005. Define as classificações dos estabelecimentos de saúde de alta complexidade em oncologia, suas

aptidões e qualidades. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2005. Seção 1, p. 113-124.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R. F. R. Informações para a gstão do SUS: necessidades e perspectivas. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, 2001, v. 10, n. 1, p.49-56, jan./mar.

PINTO IV, RAMOS DN, COSTA MCE, FERREIRA CBT, REBELO MS. Completude e consistência dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil. Cad Saúde Pública [internet] 2013 [cited 2018 jun 15], 10(1):113-120. Available from: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_1 13-120.pdf

ROMERO, D.E.; CUNHA, C.B. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 673-681, Mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300022&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 20 Março 2021.

VERAS CMT, MARTINS MS. A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública [internet] Rio de Janeiro 1994 [cited 2018 jun. 10], 10(3):339-355. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000300014&lng=pt&nrm=iso