

# Completude das informações do Registro Hospitalar de Câncer em um hospital de Florianópolis

## Completeness of the Hospital Cancer Registry at a hospital in Florianópolis

Clarissa Medeiros da Luz<sup>1</sup>, Julia Deitos<sup>1</sup>, Thais Cristina Siqueira<sup>1</sup>, Ailime Perito Feiber Heck<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós-graduação em Fisioterapia, Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) – Florianópolis (SC), Brasil.

DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v42i2.1006>

### RESUMO

**Introdução:** O Registro Hospitalar de Câncer (RHC) é uma fonte sistemática de informação que visa ao aprimoramento do serviço prestado a todo paciente oncológico. Seus dados são essenciais para todos os profissionais que assistem ao paciente com neoplasia, uma vez que fornece informações sobre os procedimentos aplicados, permitindo elaborar o perfil de pacientes e direcionar a terapêutica a ser adotada. **Objetivo:** Avaliar a completude do preenchimento dos prontuários oncológicos da Maternidade Carmela Dutra nos anos de 2009 e 2010, com base nas variáveis do RHC. **Métodos:** Estudo descritivo exploratório, com dados de um banco secundário fornecido pelo RHC. Para análise dos prontuários foram utilizados pontos de corte identificando graus de incompletude de informações. **Resultados:** Dos 405 registros analisados, 8,9% estão na categoria ruim, 22,7% foram classificados como regular, 32,6% como bom e 35,8% na categoria excelente. Histórico familiar de câncer e etilismo permanece em grande parte dos casos ausentes nos prontuários. **Conclusão:** Evidencia-se a importância e a necessidade de melhoria dos registros médicos, com a estruturação de campos obrigatórios e a padronização do sistema de prontuários.

**Palavras-chave:** oncologia; epidemiologia; sistemas de informação em saúde; registros de doenças.

### ABSTRACT

**Introduction:** The Hospital Cancer Registry (HCR) is a systematic source of information aimed to improve the service provided to all cancer patients. Its database is essential for all professionals who attend to patients with cancer as it provides statistical data that allows to determinate the profile of patients, and so to direct the therapy to be adopted. **Objective:** To evaluate the completeness of the clinical and surgical oncology medical records of Maternity Carmela Dutra in 2009 and 2010, based on the variables of the HCR. **Methods:** A descriptive exploratory study was conducted with a secondary database provided by HCR. Cutoff points with different degrees were used for analysis of incompleteness of information from medical records. **Results:** Of the 405 records analyzed, 8.9% were in the poor category, 22.7% were classified in the fair category, 32.6% in the good and 35.8% in the excellent category. Family history of cancer and alcohol consumption remained largely the missing cases in the medical records. **Conclusion:** This study highlights the importance and need for improvement of medical records, with the structuring of required fields and standardization of medical records system.

**Keywords:** medical oncology; epidemiology; health information systems; diseases registries.

**Recebido em:** 24/06/2016

**Revisado em:** 13/12/2016

**Aprovado em:** 17/03/2017

**Autor para correspondência:** Clarissa Medeiros da Luz – Programa de Pós-graduação em Fisioterapia, Centro de Ciências da Saúde e do Esporte – Rua Pascoal Simone, 358 – Coqueiros – CEP: 88080-350 – Florianópolis (SC), Brasil – E-mail: [clarissa.medeiros@udesc.br](mailto:clarissa.medeiros@udesc.br)

**Conflito de interesses:** nada a declarar

## INTRODUÇÃO

A análise histórica revela que o câncer é um importante problema de saúde pública mundial, sendo considerado a principal causa de morbidade e mortalidade no mundo. Somente no ano de 2012, foram estimados aproximadamente 14 milhões de casos novos e mais de 8 milhões de óbitos decorrentes do câncer, com previsão de aumento dos casos em cerca de 70% nas próximas duas décadas<sup>1</sup>.

Como consequência do crescimento e do envelhecimento da população, bem como da redução na mortalidade infantil e óbitos por doenças infecciosas nos países com baixa renda, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, se nenhuma ação específica for adotada, em 2030 ocorrerão 21,4 milhões de novos casos e 13,2 milhões de mortes por câncer<sup>1,2</sup>. No Brasil, são esperados mais de 596 mil casos novos para o ano de 2016, constituindo a segunda causa de morte, com maior incidência na região sul<sup>3</sup>. Considerando as neoplasias de mama e ginecológicas, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) estima para o ano de 2016 cerca de 87.400 novos casos para a população brasileira, sendo que o impacto para Florianópolis, em Santa Catarina, será de aproximadamente 230 casos<sup>3</sup>.

Com o objetivo de padronizar e facilitar o acesso às informações, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.535, de 2 de setembro de 1998, torna obrigatória a instalação do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) em centros de atendimentos em oncologia. Esse registro caracteriza-se como uma fonte de dados sistemática referente ao diagnóstico, tratamento e evolução dos casos de neoplasia maligna atendidos na instituição. Com o incentivo do INCA à consolidação dos centros de coleta nas unidades hospitalares, atualmente o RHC é reconhecido como um sistema contínuo de informações, sendo uma ferramenta importante no acompanhamento e avaliação da qualidade do trabalho realizado nos hospitais, além da monitoração e avaliação dos cuidados prestados aos pacientes com câncer. Tal sistema permite ainda avaliações de séries temporais, caracterizando-se como um importante subsídio para efetivar políticas públicas de vigilância do câncer<sup>4</sup>.

Assim, é possível acompanhar e avaliar a qualidade do trabalho realizado na instituição, tanto pela administração quanto pelo corpo clínico, obtendo-se informações relevantes para definir os rumos da assistência prestada, facilitando também a realização de pesquisas que podem contribuir para o aprimoramento dos conhecimentos a respeito do câncer<sup>4</sup>.

Com o avanço nos procedimentos diagnósticos e cirúrgicos com possibilidades terapêuticas como quimioterapia e radioterapia, observa-se uma sobrevida maior dos pacientes com câncer, trazendo a reflexão sobre a necessidade de melhoria da qualidade de vida pós-tratamento<sup>5</sup>. Apesar da tendência dos últimos anos em sugerir a mínima intervenção que garanta o controle da doença<sup>6</sup>, as principais morbidades decorrem do tratamento cirúrgico, o qual é realizado muitas vezes de forma não conservadora, além das terapias adjuvantes<sup>6</sup>.

Enfatiza-se, portanto, a necessidade de disponibilização de informações de qualidade para toda a equipe envolvida na assistência ao paciente, através da realização de estudos baseados em dados epidemiológicos e clínico-patológicos precisos da neoplasia, visando obter subsídios para a capacitação de profissionais de saúde e para a realização de ações de prevenção e detecção precoce do câncer, além de promover melhorias da qualidade de vida dos sobreviventes<sup>7</sup>.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar a completude do preenchimento das informações nos prontuários de pacientes atendidas na Maternidade Carmela Dutra nos anos de 2009 e 2010, que tiveram o diagnóstico confirmado de câncer, com base nas variáveis da Ficha do Registro Hospitalar de Câncer do RHC.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo com dados obtidos a partir de uma fonte secundária, fornecidos pelo RHC e realizado na Maternidade Carmela Dutra (MCD), localizada na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. A MCD é uma instituição exclusivamente pública, habilitada pelo Ministério da Saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), conforme Portaria SAS/MS nº 140, de 24 de fevereiro de 2014, e considerada referência no estado de Santa Catarina para os serviços de ginecologia, obstetrícia, mastologia e oncologia mamária e ginecológica.

Foram incluídos no estudo todos os casos de câncer com primeiro atendimento para tratamento no hospital, ocorridos no período compreendido entre 1º de janeiro de 2009 e 31 de dezembro de 2010. As topografias incluídas foram os casos de câncer de mama e ginecológico (vulva, vagina, corpo e colo de útero, endométrio, ovário, placenta e outros órgãos genitais femininos e os não especificados), além de alguns casos de neoplasias de estômago, intestino delgado, cólon, ânus, pele, bexiga, tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles, que foram agrupadas na categoria “outras localizações”.

Através da análise da Ficha de Registro de Tumor (FRT) do RHC, foram definidas como variáveis de estudo: local de nascimento, nível de escolaridade, cor de pele, estado civil, ocupação, histórico familiar de câncer, consumo de álcool e tabagismo, data do diagnóstico, base de diagnóstico, localização do tumor primário, estadiamento tumoral, lateralidade, estado da doença ao final do tratamento e origem do encaminhamento.

Os dados foram exportados do Sistema para Informatização dos Dados de Registros Hospitalares de Câncer (SisRHC) para uma planilha no Microsoft Excel 2010, onde foi realizada a análise por meio da estatística descritiva, através da distribuição de frequências, média e desvio padrão. Para analisar a completude dos prontuários, foi utilizada a classificação proposta por Romero e Cunha<sup>8</sup>, definindo a completude como excelente quando o prontuário apresentava menos de 5% de preenchimento incompleto;

bom de 5 a 10%; regular de 10 a 20%; ruim de 20 a 50% e muito ruim quando o preenchimento incompleto era maior do que 50% do prontuário.

O estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina e da MCD sob CAAE nº 22503713.4.0000.0118.

## RESULTADOS

A análise dos dados do RHC dos anos de 2009 e 2010 da MCD compreendeu 405 casos de mulheres com idades entre 19 e 94 anos (média=50,6 anos; DP=13,9 anos) no momento da primeira consulta no hospital. Não houve diferença entre os grupos etários abaixo e acima de 50 anos, onde 50,1% são de mulheres com 50 anos ou mais, enquanto 49,9% correspondem a mulheres abaixo dos 50 anos (Tabela 1).

As mulheres admitidas na instituição onde o estudo foi realizado tinham na maior parte cor de pele branca, escolaridade até 8 anos, naturalidade no estado de Santa Catarina e cerca de 72% eram residentes na Grande Florianópolis. Foram recebidas no hospital ainda sem diagnóstico de câncer, onde o obtiveram através da histologia do tumor primário, sendo o câncer de mama a topografia mais comum, seguido do câncer de colo de útero. Em 82,7% dos casos foi realizado procedimento cirúrgico para tratamento na instituição.

Como principal achado deste estudo, destaca-se a completude de preenchimento dos prontuários, sendo que do total de 405 registros, 145 (35,8%) foram classificados como excelente e 132 (32,6%) como bom preenchimento. No entanto, observa-se que ainda são considerados com preenchimento regular 92 prontuários (22,7%) e 36 (8,9%) com preenchimento ruim.

Algumas informações básicas, como histórico familiar de câncer, etilismo, estado civil, ocupação e tabagismo, permaneceram incompletos nos prontuários em grande parte dos casos. Identifica-se também 30% dos registros sem informação sobre o estado da doença ao final do tratamento realizado na instituição (Tabela 2).

Com a finalidade de avaliar a completude das variáveis referentes a cor da pele, escolaridade, tabagismo e história familiar de câncer, realizou-se a análise de todos os casos, separando-os por topografia do tumor primário. Para a variável cor da pele, foram verificados percentuais baixos de dados sem informação para as neoplasias de mama, endométrio e corpo de útero, colo de útero e outros. Enquanto as neoplasias de vulva e vagina e ovário apresentaram taxas maiores de incompletude de dados, cerca de 25 e 29%, respectivamente.

Para a escolaridade, os prontuários das pacientes com neoplasias apresentaram percentuais de incompletude abaixo de 14% ou mostraram-se completas, como nos cânceres de vulva e vagina. Em relação aos hábitos de vida, a variável tabagismo apresentou elevados índices de incompletude para todas as doenças, entre 24 e 67%, à exceção das neoplasias

**Tabela 1:** Distribuição do número e proporção dos casos de câncer segundo variáveis coletadas pelo Registro Hospitalar de Câncer da Maternidade Carmela Dutra, 2009 e 2010

Variáveis	Categorias	n	%
Faixa etária (em anos)	Abaixo de 20	1	0,2
	20 a 29	24	5,9
	30 a 39	63	15,6
	40 a 49	114	28,1
	50 a 59	101	24,9
	60 a 69	59	14,6
	70 a 79	33	8,1
Cor da pele	Acima de 80	10	2,5
	Branca	320	79,0
	Preta	13	3,2
	Parda	11	2,7
Escolaridade	Sem informação	61	15,1
	Até 8 anos	261	64,4
	Acima de 8 anos	106	26,2
Estado civil	Sem informação	38	9,4
	Com companheiro	154	38,0
	Sem companheiro	109	26,9
Local de nascimento	Sem informação	142	35,1
	Santa Catarina	283	69,9
	Rio Grande do Sul	24	5,9
	Paraná	11	2,7
	São Paulo	6	1,5
Procedência	Outras	6	1,5
	Sem informação	75	18,5
	Florianópolis	142	35,2
	São José	71	17,5
	Palhoça	63	15,5
Diagnóstico	Biguaçu	15	3,7
	Outras	114	18,1
	Sem diagnóstico/sem tratamento	212	52,3
	Com diagnóstico/sem tratamento	129	31,9
Base para diagnóstico	Com diagnóstico/com tratamento	55	13,6
	Outros	1	0,2
	Sem informação	8	2,0
	Exames de imagem	15	3,7
Topografia	Citologia	37	9,1
	Histologia do tumor primário	246	60,7
	Sem informação	107	26,5
	Mama	237	58,5
Tipo de tratamento	Vulva e vagina	8	2,0
	Colo de útero	73	18,0
	Endométrio e útero	21	5,2
	Ovário	38	9,4
	Outras	28	6,9
História familiar	Nenhum	53	13,1
	Cirurgia	335	82,7
	Quimioterapia	11	2,7
Alcoolismo	Outros	6	1,5
	Sim	10	2,5
	Não	41	10,1
Tabagismo	Sem informação	259	64,0
	Não	222	54,8
	Sim/ex-consumidor	8	2,0
Total	Sem informação	175	43,2
	Não	222	54,8
	Sim/ex-consumidor	68	16,8
	Sem informação	115	28,4
		405	100

de endométrio e corpo de útero, as quais apresentaram 19% de incompletude.

Por fim, a variável história familiar mostrou elevados percentuais de incompletude para todos os tipos de neoplasias, com a menor taxa para o câncer de mama (46%). Essas informações podem ser visualizadas na Figura 1.

**Tabela 2:** Distribuição do número e proporção das variáveis sem informação coletadas pelo Registro Hospitalar de Câncer da Maternidade Carmela Dutra, 2009 e 2010

Variáveis	n	%
História familiar	260	64
Alcoolismo	175	43
Estado civil	142	35
Ocupação	138	34
Estado da doença ao final do tratamento	121	30
Data do diagnóstico	117	29
TNM	113	28
Estadiamento	113	28
Tabagismo	113	28
Base de diagnóstico	105	26
pTNM	81	20
Local de nascimento	77	19
Origem do encaminhamento	65	16
Cor de pele	61	15
Lateralidade	40	10
Escolaridade	36	9

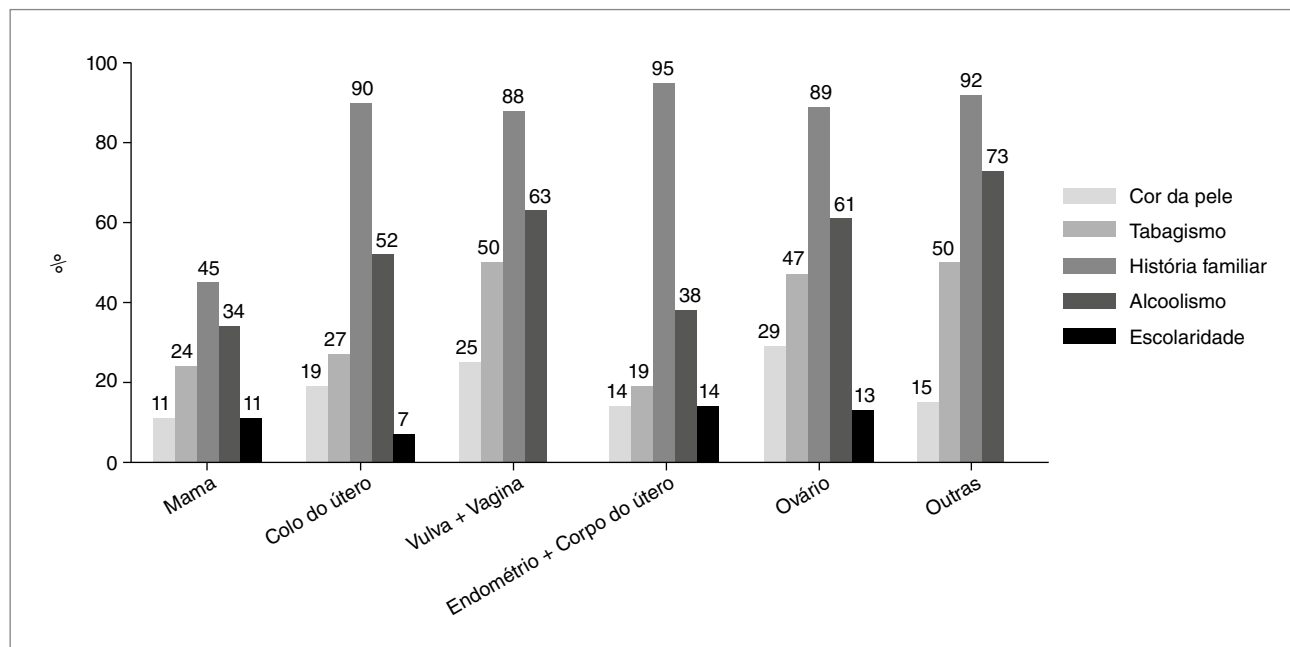
TNM: classificação clínica pré-tratamento para tamanho do tumor e metástase local e à distância; pTNM: classificação histopatológica pós-tratamento cirúrgico para tamanho do tumor e metástase local e à distância.

## DISCUSSÃO

O manuseio do banco de dados revelou um elevado número de variáveis classificadas como regular, contendo informações incompletas provenientes dos prontuários, ainda que a maioria pudesse ser classificada como excelente ou bom na sua completude. Ainda, os resultados evidenciaram que, apesar de serem classificados nas categorias bom ou excelente, muitos prontuários apresentavam informações incompletas para variáveis importantes como histórico familiar de câncer, etilismo, estado civil, ocupação e tabagismo.

Cabe destacar que em 64% dos registros não constam informações sobre história familiar de câncer, em 43% os dados sobre alcoolismo estão sem informação e em 28% as informações sobre tabagismo também estão ausentes, sendo que essas informações constituem importantes fatores de risco para câncer<sup>3,9</sup>. Além disso, informações como cor da pele muitas vezes são associadas com diagnóstico tardio<sup>10</sup>.

Os maiores problemas com a qualidade da informação diagnóstica e terapêutica das instituições diz respeito aos processos de anotação, coleta e codificação dessas informações. É comum que os prontuários apresentem informações ilegíveis, incompletas e imprecisas, dificultando assim a correta transcrição, entendimento e codificação dos dados<sup>11,12</sup>. Além disso, o processo de coleta e inserção dessas informações nas bases de dados é frequentemente realizado por pessoas do setor administrativo que, na maioria dos casos, não possuem nenhum treinamento específico para essa atividade, aumentando assim as chances de incompletude ou baixa confiabilidade das informações<sup>13</sup>. Glatt<sup>14</sup> e Oliveira *et al.*<sup>15</sup> relatam em seus estudos que as análises de completude a partir de



**Figura 1:** Percentual de incompletude (%) no preenchimento das variáveis cor de pele, escolaridade, tabagismo e estado civil segundo a localização primária do tumor

sistemas de integração mostram a qualidade do preenchimento após o envio dos dados para bases nacionais, podendo também ter erros decorrentes de falhas na execução da transferência ou mesmo oriundos da limpeza do banco de dados realizado antes da sua disponibilização<sup>14,15</sup>.

Os sistemas de informação em oncologia são fundamentais para o planejamento e para o acompanhamento do desempenho dos programas de controle do câncer, uma vez que fornecem informações sobre o efeito das medidas implementadas de prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos<sup>16</sup>. Contribuem para a gestão das políticas públicas e dos serviços especializados em oncologia e, conseqüentemente, para a melhoria do cenário atual tanto no prognóstico quanto no diagnóstico precoce das neoplasias<sup>17</sup>. Dessa forma, evidencia-se a importância dos registros de câncer como fontes indispensáveis para pesquisas clínicas e epidemiológicas<sup>18</sup>.

Segundo estudo de Caligtan e Dykes<sup>12</sup>, a implantação de serviços de informação tecnológicos para pacientes oncológicos resulta na melhora da compreensão das terapias e da documentação, além da possibilidade do gerenciamento dos possíveis efeitos colaterais. Destaca-se o estudo de Nguyen *et al.*<sup>19</sup>, que realizou uma revisão sistemática e salientou os benefícios de obter documentação mais completa e redução da dependência dos médicos sobre a memória para recuperar dados de um paciente quando ocorre a transferência dos prontuários manuais para informatizados. No entanto, a mesma revisão identificou como impactos negativos o aumento do tempo de documentação, aumento da dependência de tecnologia e tempo gasto em computadores<sup>19</sup>.

Assim, o sistema integrador do RHC (SisRHC) disponibiliza os dados para análise, pesquisa, tabulações e exportações, sendo possível aprimorar a assistência prestada aos pacientes com neoplasia maligna. Após a descoberta do perfil da clientela, pode-se evidenciar aspectos demográficos, recursos que são utilizados para o diagnóstico e tratamento, além de acompanhar a evolução da doença e o estado geral dos pacientes ao longo do tempo<sup>4</sup>. Além disso, possibilita o desenvolvimento de estudos de prognóstico e sobrevida utilizando o sistema como fonte de dados.

Contudo, a qualidade e a precisão das informações disponibilizadas podem estar comprometidas à medida que se observam variáveis com preenchimento inadequado ou mesmo sem informações<sup>20</sup>. Autores afirmam que a falta de informações de qualidade está relacionada, sobretudo, ao paciente de forma individual, uma vez que prejudica as tomadas de decisão da equipe gestora do hospital referentes à alocação de recursos para os atendimentos e conseqüentemente à eficácia do tratamento ofertado<sup>21</sup>. Assim, evidencia-se a necessidade de conscientização dos profissionais envolvidos nesse processo sobre a importância da qualidade dos dados, bem como de capacitação para coleta dos mesmos<sup>22</sup>. Segundo D'Alessandro *et al.*<sup>21</sup>, para que os registros dos sistemas de informação em oncologia possam, de fato, contribuir para o conhecimento do perfil de saúde e para a análise da qualidade prestada, é imprescindível que se tenha informação precisa e de qualidade.

Apesar da evidente importância dos sistemas de informação, o gerenciamento da qualidade das informações produzidas ainda não é realizado de forma organizada e sistemática no Brasil<sup>20</sup>. Em sua recente revisão, Correia *et al.*<sup>20</sup> observaram que as iniciativas são pontuais e mais frequentes em algumas regiões do país, sendo que 90% dos estudos têm como enfoque confiabilidade, validade, cobertura e completude das informações. De acordo com Lima *et al.*<sup>23</sup>, a completude é a segunda dimensão mais avaliada nos estudos referentes ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), ao Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)<sup>23</sup>.

O Ministério da Saúde afirma que a qualidade das informações produzidas será aprimorada ao longo do tempo com a melhoria dos prontuários médicos, com a maior participação e experiência dos profissionais, com a ampla utilização e com a análise crítica dos dados<sup>24</sup>, demonstrando a importância de estudos que avaliem o processo de coleta, sejam eles integrais ou parciais. Contudo, é essencial que se visualize a necessidade de financiamento de estudos pelas organizações gestoras dos sistemas<sup>20</sup>, bem como a redefinição dos escores de qualidade à medida que os sistemas tenham atingido a categoria excelente, a fim de que se adeque ao novo padrão e, com isso, mantenha-se a constante avaliação dos mesmos<sup>25</sup>.

O RHC permite conhecer a frequência de alguns fatores favoráveis à carcinogênese, como o tabagismo e o etilismo. Contudo, por se tratar de um instrumento genérico para todos os tipos de neoplasias, a FRT do RHC acaba por não investigar outros fatores importantes para a gênese de cânceres específicos, como os de mama, e que muitas vezes estão relacionados à vida reprodutiva da mulher. Dentre esses, pode-se citar: menarca precoce, nuliparidade, primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia, uso de terapia de reposição hormonal, além da obesidade, entre outros<sup>4,17</sup>. Especificamente para as neoplasias de mama, ovário e colo de útero, a complementação da FRT do RHC com dados específicos para esse tipo de câncer possibilitaria uma melhor compreensão das características da doença e da população acometida, bem como um melhor direcionamento para campanhas de rastreamento e prevenção da doença.

Com relação à variável etilismo, que apresentou incompletude de preenchimento em grande parte dos casos, é importante ressaltar que a literatura mostra que o consumo de álcool necessita de maior cuidado na coleta de dados, visto que tal informação proporciona a oportunidade de realizar intervenções educacionais e preventivas e esclarecer sobre os riscos do uso frequente e abusivo<sup>26</sup>. Já a história clínica de pacientes, preenchida por diferentes profissionais de forma não padronizada, interfere no levantamento de dados clínicos, prejudica a correta avaliação dos dados e, conseqüentemente, impede o fornecimento de informações de qualidade<sup>27</sup>.

Conhecer o perfil de uma população em serviços de saúde é de interesse não somente dos gestores administrativos, mas

principalmente do corpo clínico e assistencial<sup>28</sup>, sendo fundamental que esses profissionais sejam sensibilizados em relação ao preenchimento de informações importantes para o conhecimento e a melhoria da assistência oncológica, além do desenvolvimento de estudos científicos na área.

A tomada de decisão dos profissionais da equipe multidisciplinar para assistência ao paciente estará baseada nos dados fornecidos nos prontuários e, conseqüentemente, nos sistemas de informação em saúde. Para tal, no ano de 2002, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução n° 1.638, passando a exigir a criação de comissões de revisão de prontuários, às quais competem: a observação dos itens que são obrigatórios nos prontuários, a garantia da legibilidade da letra em prontuários manuais e a responsabilidade do preenchimento, armazenamento e manuseio dos referidos documentos<sup>29</sup>. Nesse sentido, a melhoria da qualidade do registro em saúde, mediante o incentivo à estruturação da chamada “informática médica”, com fichas eletrônicas padronizadas provendo campos obrigatórios que facilitem a coleta de informações essenciais aos serviços de saúde, tem como finalidade aperfeiçoar o armazenamento, a recuperação e o gerenciamento dessas informações<sup>19,30,31</sup>. Estudos pontuam que a aplicação

de protocolos eletrônicos ainda é limitada devido aos custos dos equipamentos para implementação e manutenção, à falta de mão de obra qualificada e à possível resistência dos profissionais ao uso da informática<sup>27,32</sup>. No entanto, espera-se que com a realidade virtual atual, seja possível o desenvolvimento de um protocolo eletrônico com baixo custo, pouco espaço físico e mínimo treinamento de recursos humanos<sup>27</sup>.

Portanto, o adequado controle do câncer requer a utilização de recursos diagnósticos, terapêuticos e de informação cada vez mais complexos<sup>32</sup>, sendo imprescindível a busca por informações precisas e de qualidade para que a implementação de políticas públicas leve à realização de ações efetivas na população alvo, contribuindo para a melhora do cenário atual, tanto no diagnóstico precoce e prognóstico favorável das neoplasias, quanto na minimização das sequelas decorrentes do tratamento e na oferta de atendimentos da equipe multiprofissional.

No caso específico do presente estudo, evidencia-se a importância e a necessidade de melhoria dos registros médicos na instituição analisada, com a estruturação de campos obrigatórios e a padronização do sistema de prontuários, a fim de otimizar o preenchimento de registros como o RHC.

## REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). World Cancer Report. World Health Organization; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs291/en/>. Acesso em: 20 dez. 2015.
- Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
- Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativas 2016: incidência de câncer no Brasil. 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/index.asp>. Acesso em: 20 dez. 2015.
- Facina T. Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil. Rev Bras Cancerol. 2014;60(1):63.
- Ryan M, Stainton MC, Slaytor EK, Jaconelli C, Watts S, Mackenzie P. Aetiology and prevalence of lower limb lymphoedema following treatment for gynaecological cancer. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2003;43(2):148-51.
- Ohsumi S, Shimozuma K, Kuroi K, Ono M, Imai H. Quality of life of breast cancer patients and types of surgery for breast cancer: current status and unresolved issues. Breast Cancer. 2007;14(1):66-73. <http://dx.doi.org/10.2325/jbcs.14.66>
- Rodrigues JSM, Ferreira NMLA. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir. Rev Bras Cancerol. 2010;56(4):431-41.
- Romero DE, Cunha CB. Quality of socioeconomic and demographic data in relation to infant mortality in the Brazilian Mortality Information System (1996/2001). Cad Saúde Pública. 2006;22(3):673-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300022>
- Silva PA, Riul SS. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. Rev Bras Enferm. 2011;64(6):1016-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600005>
- O'Brien B, Koru-Sengul T, Miao F, Saclarides C, Tannenbaum SL, Alghamdi H, et al. Disparities in Overall Survival for Male Breast Cancer Patients in the State of Florida (1996-2007). Clin Breast Cancer. 2015;15(4):e177-87. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clbc.2014.12.010>
- Pinto IV, Ramos DN, da Costa MCE, Ferreira CBT, Rebelo MS. Completude e consistência dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil. Cad Saúde Coletiva. 2012;20(1):113-20.
- Caligant CA, Dykes PC. Electronic health records and personal health records. Semin Oncol Nurs. 2011;27(3):218-28. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2011.04.007>
- Veras CM, Martins MS. Reliability of data from Authorization Forms for Hospital Admittance, Rio de Janeiro, Brazil. Cad Saúde Pública. 1994;10(3):339-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000300014>
- Glatt R. Análise da qualidade da base de dados de AIDS do sistema de informação de agravos de notificações (SINAVAN). Tese (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
- Oliveira MEP, Soares MRAL, Costa MCN, Mota ELA. Avaliação da completude dos registros de gebre tifóide notificados no Sinan pela Bahia. Epidemiol Serv Saúde. 2009;18(3):219-26.
- Souza RC, Freire SM, Almeida RT. An information system to integrate outpatient cancer care data in the Unified National Health System. Cad Saúde Pública. 2010;26(6):1131-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600007>
- Brasil. Ministério da Saúde. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rev Bras Cancerol. 2004;50(2):77-90.
- Instituto Nacional do Câncer (INCA). A situação do câncer no Brasil. 2006. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap1.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2016.

19. Nguyen L, Bellucci E, Nguyen LT. Electronic health records implementation: an evaluation of information system impact and contingency factors. *Int J Med Inform.* 2014;83(11):779-96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.06.011>
20. Correia LO, Padilha BM, Vasconcelos SM. Methods for assessing the completeness of data in health information systems in Brazil: a systematic review. *Cienc Saúde Colet.* 2014;19(11):4467-78. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.02822013>
21. D'Alessandro TAL, Antoniazze BN, Abreu DMX. Hospital-based cancer registries of Minas Gerais, Brazil: analysis of the consistency of databases. *Cad Saúde Colet.* 2010;18(3):410-7.
22. Jorge MHPM, Laurenti R, Gotlieb SLD. Avaliação dos sistemas de informação em saúde do Brasil. *Cad Saúde Coletiva.* 2010;18(1):7-18.
23. Lima CR, Schramm JM, Coeli CM, Silva ME. Review of data quality dimensions and applied methods in the evaluation of health information systems. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(10):2095-109. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000002>
24. Informes Técnicos Institucionais. Information integration of Brazilian cancer registries. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(5):865-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500024>
25. Silva GF, Aidar T, de Freitas Mathias TA. Quality of the Live Birth Information System in the state of Parana, from 2000 to 2005. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(1):79-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100011>
26. Corradi-Webster CM, Laprega MR, Furtado EF. Residentes em psiquiatria têm documentado problemas relacionados ao álcool em pacientes ambulatoriais? *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2009;31(3):187-91. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000300008>
27. Fernandes GL, Santos RE, Malafaia O, Aoki T. Development of an electronic protocol for uterine cervical cancer. *Rev Col Bras Cir.* 2012;39(1):28-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912012000100007>
28. Andrade CT, Magedanz AM, Escobosa DM, Tomaz WM, Santinho CS, Lopes TO, *et al.* The importance of a database in the management of healthcare services. *Einstein.* 2012;10(3):360-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082012000300018>
29. Oselka G. *Prontuário Médico.* *Rev Assoc Med Bras.* 2002;48(4):275-96.
30. Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IH. Health records: evaluation of patient health charts in primary care, Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(Suppl. 1):S173-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300021>
31. Burke HB, Sessums LL, Hoang A, Becher DA, Fontelo P, Liu F, *et al.* Electronic health records improve clinical note quality. *J Am Med Inform Assoc.* 2015;22(1):199-205. <http://dx.doi.org/10.1136/amiajnl-2014-002726>
32. Pego-Fernandes PM, Werebe E. Electronic medical files for patients: some steps towards the future. *São Paulo Med J.* 2010;128(6):317-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802010000600001>

