



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO
EM SAÚDE COLETIVA**



MARCELLA MARIA BARBOSA DE ALBUQUERQUE

**ACEITABILIDADE NO REGISTRO DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL DO
RECIFE – PE SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM
NAS FONTES NOTIFICADORAS**

**RECIFE
2016**

MARCELLA MARIA BARBOSA DE ALBUQUERQUE

**ACEITABILIDADE NO REGISTRO DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL DO
RECIFE – PE SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM
NAS FONTES NOTIFICADORAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco na área de concentração em Saúde Coletiva e linha de pesquisa Morbimortalidade, Atenção à Saúde e Qualidade de Vida como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva sob orientação da Dra. Albanita Gomes da Costa de Ceballos e co-orientação da Dra. Rafaella Queiroga Souto.

RECIFE

2016

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

- A345a Albuquerque, Marcella Maria Barbosa de.
Aceitabilidade no registro de câncer de base populacional do Recife – PE sob a perspectiva dos profissionais que trabalham nas fontes notificadoras / Marcella Maria Barbosa de Albuquerque. – 2016.
64 f.: il.; 30 cm.
- Orientadora: Albanita Gomes da Costa de Ceballos.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.
1. Neoplasias. 2. Vigilância. 3. Monitoramento. I. Ceballos, Albanita Gomes da Costa de (Orientadora). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2017-076)

MARCELLA MARIA BARBOSA DE ALBUQUERQUE

**ACEITABILIDADE NO REGISTRO DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL DO
RECIFE – PE SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM
NAS FONTES NOTIFICADORAS**

Aprovado em 10/06/2016

BANCA EXAMINADORA

Dra. Albanita Gomes da Costa de Ceballos (Orientadora)
Depto. de Medicina Social – UFPE

Dra. Maria Beatriz Lisboa Guimarães (Membro Titular Interno)
Depto. de Medicina Social – UFPE

Dra. Eduarda Cesse (Membro Titular Externo)
Depto. de Saúde Coletiva – CPqAM/ FIOCRUZ

Dr. Petrônio José de Lima Martelli (Membro Suplente Externo)
Depto. de Medicina Social – UFPE

Dra. Adriana Paula de Andrade Costa e Silva Santiago (Membro Suplente Interno)
Depto. de Medicina Social – UFPE

AGRADECIMENTOS

Ao Nosso Soberano Deus, pela vida e a possibilidade de empreender esse caminho evolutivo, por propiciar tantas oportunidades de estudos e por colocar em meu caminho pessoas preciosas.

Aos meus pais, meu alicerce, por terem acreditado nos meus sonhos e por terem me dado a força necessária para prosseguir em busca dos meus ideais.

Com muito reconhecimento e amor, agradeço ao meu esposo Cecílio, por ter sido o carro-chefe no incentivo a fazer o curso. Ajudou-me em vários aspectos. Você foi fundamental nesta conquista!

Aos meus irmãos e parentes, em especial Laurinha, que mesmo estando a alguns quilômetros de distância, se manteve incansável em suas manifestações de palavras de encorajamento e amor.

A minha querida orientadora, Albanita, um agradecimento carinhoso por todos os momentos de paciência, compreensão e competência.

A querida co-orientadora, Rafaella, por sua disponibilidade, competência e doçura em todos os momentos que estivemos juntas.

Aos amigos de Mestrado que compartilharam comigo esses momentos de aprendizado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da UFPE, e a todos os professores que fizeram parte deste caminhar.

Agradeço com muito carinho a todos os profissionais que trabalham no Registro de Câncer de Base Populacional do Recife, sem o apoio de vocês, este trabalho não seria concretizado!

Enfim, agradeço a todos aqueles que de uma maneira ou de outra contribuíram para que este percurso pudesse ser concluído!

Dedico este trabalho a Deus, pela fé que me mantém viva e me fortalece a cada amanhecer, e a minha família, que foi o meu combustível diário para superar os obstáculos que apareceram no meu percurso. Eles sabem o que foi necessário para conquistar mais esta etapa em minha vida.

RESUMO

Este trabalho teve como propósito analisar a aceitabilidade no Registro de Câncer de Base Populacional do Recife sob a perspectiva dos profissionais que trabalham nas fontes notificadoras do câncer. Dentre os atributos dos sistemas de vigilância, a aceitabilidade destaca-se por estar estritamente relacionada com a disposição dos profissionais e das instituições que conduzem o sistema. Foi realizada entrevista aos profissionais que trabalham nas fontes notificadoras de câncer e a técnica utilizada para a análise foi a do Discurso do Sujeito Coletivo. As ideias centrais encontradas foram: Indicadores de saúde que traçam estimativas da população com câncer; aperfeiçoamento da qualidade da assistência aos pacientes com câncer; controle dos prontuários; organização do processo de trabalho; benefício para a pesquisa; contribuição na constituição das informações relacionadas ao câncer; melhoria na completude dos dados dos pacientes; realização de *feedback* das informações geradas, criação de fóruns de capacitação. Conclui-se que os discursos analisados a partir da percepção dos entrevistados, qualificaram o sistema de vigilância do câncer como aceitável, em função da disposição que estes profissionais demonstraram em contribuir na disponibilização de dados para a vigilância das neoplasias. Faz-se necessária uma contínua capacitação e monitoramento destes profissionais envolvidos nas rotinas da vigilância do câncer.

Palavras-chave: Neoplasias. Vigilância. Monitoramento.

ABSTRACT

This study aimed to examine the acceptability of the Population Based Cancer Registry of Recife from the perspective of professionals working in notifying sources of cancer. Among the attributes of surveillance systems, acceptability stands out to be closely related to the willingness of professionals and institutions that drive the system. A semi-structured interview was conducted with professionals working on reporting sources of cancer and the technique used for the analysis was the collective subject discourse. The central ideas were: Health indicators mapping population estimates with cancer; improving the quality of care for cancer patients; Control of records; organization of the work process; benefit for research; contribution to the establishment of information related to cancer; improvement in the completeness of patient data, performing feedback of information generated, creating training forums. We conclude that the speeches analyzed from the perception of respondents described the cancer surveillance system as acceptable, because of the provision that these professionals have shown to contribute in providing data for the monitoring of cancer. It is necessary a continuous training and monitoring of these professionals involved in the routines of cancer surveillance.

Keywords: Neoplasms. Surveillance. Monitoring.

LISTA DE SIGLAS

APAC - ONCO - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia
CACON - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
CID-O - Classificação Internacional de Doenças para Oncologia
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CDC - Centers for Disease Control and Prevention
CPO - Centro Pernambucano de Oncologia
DANT - Doenças e Agravos Não- Transmissíveis
DSC - Discurso do Sujeito Coletivo
ECH - expressões chaves
IARC – International Agency for Research on Cancer
INCA – Instituto Nacional do Câncer
MS - Ministério da Saúde
NEPI – Núcleo de Epidemiologia e Informações Hospitalares
NIH - National Health Institute
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan – americana de Saúde
PAV - Programa de Avaliação e Vigilância do câncer e de seus fatores de risco
RHC – Registro Hospitalar de Câncer
RCBP – Registro de Câncer de Base Populacional
SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SEER - Surveillance Epidemiology and Results
SISBASEPOP – Sistema de Câncer de Base Populacional
SISCAM - Sistema de Informações de Câncer da Mulher
SIH - Sistema de Internações Hospitalares
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
SICC - Sistema Integrado de Controle do Câncer
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UICC - International Union Against Cancer

UNACON - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 Histórico dos Registros de Câncer	16
2.2 O Registro de Base Hospitalar de Câncer no Brasil.....	17
2.3 O Registro de Câncer de Base Populacional no Brasil	19
2.4 Cenário dos Registros de Câncer no Brasil.....	20
2.5 Registro de Câncer de Base Populacional do Recife x Aceitabilidade.....	22
3 OBJETIVO	25
4 JUSTIFICATIVA	26
5 MÉTODO	26
5.1 Desenho e objeto do estudo.....	26
5.2 Local e participantes do estudo.....	27
5.3 Definição da coleta de dados	27
5.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	28
5.5 Análise dos Dados	28
5.6 Aspectos éticos	29
6 RESULTADOS	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE A – ARTIGO.....	36
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA	53
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	54
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	55
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	59
ANEXO D – INSTRUÇÕES PARA SUBMISSÃO DE PERIÓDICOS À EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	62

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (2002), o câncer é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de 6 milhões de óbitos a cada ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. Embora haja altas taxas de incidência de câncer em países desenvolvidos, dos 10 milhões de casos novos anuais de câncer, mais de 5 milhões são diagnosticados nos países em desenvolvimento.

Como a esperança de vida tem melhorado gradativamente, estima-se que a incidência do câncer alcançará em 2020 mais de 15 milhões de casos novos no mundo (UICC, 2005). No Brasil, o câncer é a segunda principal causa de morte, superada apenas por doenças cardiovasculares de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2014).

A estimativa para o ano de 2014, que também foi válida para o ano de 2015, apontou para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. No Nordeste, foram esperados para o biênio 2014/2015 cerca de 99.060 casos novos de câncer (INCA, 2014).

Segundo o INCA (2014), para o ano de 2030, estima-se que a carga global da doença será de 21,4 milhões de casos novos e 13,2 milhões de mortes no Brasil, em consequência do crescimento e do envelhecimento da população, bem como da redução na mortalidade infantil e nas mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento.

Por conseguinte, ações de prevenção primária, secundária e terciária são necessárias para reduzir o número de casos novos de câncer e prevenir os óbitos atribuídos à doença. De acordo com Teixeira (2001), a prevenção primária situa-se no período anterior à doença, incluindo medidas inespecíficas de proteção de indivíduos contra riscos e danos. Refere-se a toda e qualquer ação voltada para redução da exposição da população a fatores de risco da doença, tendo como objetivo reduzir a sua ocorrência, por meio da promoção da saúde e proteção específica (INCA, 2002).

A prevenção secundária é o rastreamento (screening) do câncer. Entende-se por rastreamento uma avaliação de indivíduos assintomáticos, para classificá-los como candidatos com necessidade de realizar exames mais refinados de avaliação, com o objetivo de descobrir um câncer oculto ou uma afecção pré-maligna que pode ser curada com tratamento (BRASIL, 2002).

A prevenção terciária compreende as ações a serem oferecidas direta ou indiretamente às pessoas que desenvolveram uma neoplasia clinicamente manifesta, com o objetivo de reduzir os danos e os efeitos adversos da doença. O processo de reabilitação está associado a um conceito ampliado de saúde, que incorpora o bem-estar biopsicossocial do indivíduo (SILVA et al., 2008).

O papel da prevenção do câncer nos níveis primários (promoção da saúde) e secundário (detecção da doença nos estágios iniciais), vinculada à vigilância epidemiológica (análise e produção de dados técnicos e científicos sobre o câncer) é preponderante para que os índices de incidência e mortalidade por câncer no Brasil possam ser reduzidos (CARVALHO, 2009).

Conforme o manual de rotinas e procedimentos para os registros de câncer de base populacional (2006), para monitorar os casos de câncer no Brasil, foram criados sistemas de vigilância específicos como os registros de câncer de base populacional (RCBP).

Os objetivos de um registro de câncer são coletar, analisar e classificar informações de todos os casos novos de câncer, a fim de produzir estatísticas confiáveis dessas ocorrências em uma população definida e oferecer uma estrutura organizada para estabelecer e controlar o impacto que o câncer apresenta na comunidade. Subsidiando os gestores para o planejamento, a implementação de programas e ações de prevenção e de atenção à população doente (MOURA et al., 2006).

A mudança do perfil populacional, a descoberta de novas formas da doença, o acesso a serviços e os avanços tecnológicos, obrigam os RCBP a estarem atualizados de forma a responder aos seus objetivos e, em consequência, geram a necessidade de realização de avaliações constantes deste sistema de vigilância a fim de que o monitoramento das neoplasias seja feito de forma precisa, eficiente e útil.

A avaliação de sistemas de vigilância em saúde pública deve envolver uma avaliação de atributos do sistema, incluindo simplicidade, flexibilidade, qualidade de

dados, estabilidade, sensibilidade, valor preditivo positivo, representatividade, oportunidade e aceitabilidade (CDC, 2001).

Dentre estes atributos, a aceitabilidade destaca-se por estar estritamente relacionada com a disposição dos profissionais e das instituições que conduzem o sistema, permitindo a geração adequada das informações que alimentarão o RCBP. Ou seja, é um atributo que depende principalmente da percepção das pessoas sobre a importância em saúde pública do evento adverso à saúde sob vigilância, assim como do reconhecimento da sua contribuição na disponibilidade das bases técnicas para a prevenção e controle do agravo em questão (CDC, 2001).

Conforme Donabedian (1990) o conceito de aceitabilidade é multifacetado e pressupõe a influência dos padrões culturais nas apreciações individuais, sobretudo, acerca da competência técnica, acesso a cuidado, relações interpessoais, comunicação e características do local de prestação do serviço.

Nesse sentido, compreendendo a importância do RCBP para a prevenção e controle do câncer, percebe-se a necessidade de analisar a aceitabilidade deste registro por meio da percepção dos profissionais que disponibilizam os dados para constituição de informações referentes às neoplasias.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Histórico dos Registros de Câncer

A necessidade de se dispor de um conjunto de informações sistematizadas sobre a incidência de câncer motivou o aparecimento dos primeiros registros de câncer no mundo, como o de Hamburgo na Alemanha em 1926, o de Massachusetts nos Estados Unidos em 1927, o de Saskatchewan no Canadá em 1932, o de Connecticut nos Estados Unidos em 1935 e o da Dinamarca em 1942 (PARKIN et al., 1999).

Alguns países adotaram uma política oficial no sentido de apoiar e financiar registros, enquanto em outros, as iniciativas individuais de médicos pesquisadores e patologistas foram determinantes para o início destes trabalhos. Os registros de câncer podem cobrir populações nacionais ou, com mais frequência, apenas algumas regiões. Nos países em desenvolvimento, a cobertura está geralmente limitada nas capitais e seus arredores. Foi estimado que em 1990 aproximadamente 18% da população mundial estavam dentro da cobertura de registros de câncer, sendo, entre estes, 64% em países desenvolvidos (BENTO, 2007).

As primeiras publicações referentes às neoplasias no Brasil, no qual contêm dados indicativos de 1929 a 1932, provenientes das capitais, são relativas à mortalidade e foram divulgadas em 1944, no Anuário de Bioestatística, pelo Ministério de Educação e Saúde.

Conforme Mello Jorge et al. (2007), a partir de 1940, surgiram publicações referentes aos casos hospitalares de câncer em Curitiba, João Pessoa, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e Ribeirão Preto. Todavia, a implantação e solidificação destes centros especializados não se deram de forma homogênea, tampouco estruturada.

A Associação Internacional de Registros de Câncer (IARC), fundada em 1966 como um centro especializado em pesquisa de câncer da Organização Mundial de Saúde (WAGNER, 1991), tem a missão de promover as atividades de registros de câncer em todo o mundo (IARC, 1991), através do intercâmbio internacional de Informações entre os Registros Oncológicos. Seu principal objetivo é aprimorar a qualidade e a comparabilidade dos dados entre os sistemas de registros de câncer (JESEN e STORM, 1991).

Abouzahr e Boema (2005) destacam a utilização das informações em saúde em nível local para uma gestão clínica eficaz e para avaliar o atendimento às necessidades e demandas da sociedade. Em níveis municipais e estaduais permitem que os planejadores e gestores da saúde tomem decisões quanto ao funcionamento dos serviços de saúde e do sistema de saúde como um todo.

Em nível central, as informações em saúde propiciam elementos para análise da situação subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamentos necessários para estratégia de políticas e alocação de recursos (BRANCO, 1998, p. 68).

Segundo a padronização internacional, os registros de câncer podem ser classificados em Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP). Os RHC reúnem informações para a avaliação da qualidade da assistência prestada em hospitais, isoladamente ou em conjunto. Os RCBP produzem informações que permitem descrever e monitorar o perfil da incidência do câncer em uma população geograficamente definida.

2.2 O Registro de Base Hospitalar de Câncer no Brasil

Nas últimas décadas observa-se o envelhecimento da população e conseqüentemente o aumento do número de casos de neoplasias malignas. Diante deste fato, torna-se cada vez mais necessário dispor de informações para o planejamento de ações, assim como para a tomada de decisões administrativas e, em especial, para a assistência oncológica, que se faz através de acompanhamento de longo curso, exigindo múltiplas intervenções hospitalares de alto custo, envolvendo recursos tecnológicos sofisticados e medicamentos caros, tornando-se um dos principais problemas de saúde pública do país, com destaque no padrão de morbidade e mortalidade da população brasileira (INCA, 2001).

O primeiro registro de base hospitalar de câncer, do Brasil, foi implantado em 1983, no Instituto Nacional do Câncer, no Rio de Janeiro. Registros hospitalares foram implantados em São Luiz, Barretos, Salvador, Goiânia, Belém, Fortaleza, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre. Neste mesmo ano, houve mudança na gestão das ações de controle do câncer que eram realizadas por meio de um

Sistema Integrado de Controle do Câncer (SICC) que passaram a ser responsabilidade do Pro-Onco (BENTO, 2007).

Em 1983, o RHC do INCA iniciou suas atividades apoiado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e, nos anos seguintes, o Ministério da Saúde, por meio do INCA, promoveu vários cursos de formação de coordenadores e registradores, o que levou a implantação de 25 registros hospitalares de câncer no Brasil, até 1999 (KLIGERMAN, 2001).

No final da década de 1990, foi criada a portaria ministerial nº 353, a qual estabelecia a obrigatoriedade de todos os hospitais que estivessem credenciados como Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), em dispor e manter em funcionamento o Registro de Base Hospitalar de Câncer (BENTO, 2007).

Os Registros Hospitalares de Câncer levantam informações sobre as características dos tumores e a avaliação da sobrevida e assistência prestada ao paciente com neoplasia maligna atendidos nos hospitais. Possuem papel relevante como fonte de informações a respeito do diagnóstico, tratamento e evolução dos pacientes (INCA, 2001).

A utilização crescente, pelos profissionais de saúde, das informações dos RHCs, tem resultado no aprimoramento da geração das informações do prontuário, fonte dos dados do registro, subsidiando o sistema de saúde com informações como: a qualidade da assistência realizada; aspectos culturais e demográficos dos pacientes; recursos utilizados no diagnóstico e terapêutica; evolução do tumor; e estado geral do paciente ao longo do tempo (INCA, 2014).

O RHC oferece dados importantes para avaliar a qualidade da assistência realizada nos hospitais e os seus resultados finais, auxiliando na monitorização e avaliação dos cuidados prestados aos pacientes com câncer, e no acompanhamento de seus casos, fornecendo dados estatísticos sobre os resultados dos tratamentos aplicados (INCA, 2010).

Em 2005 os RHC foram fortalecidos e reafirmados pela Portaria 741 da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), que redefiniu as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, assim como suas aptidões e qualidades, estabelecendo também critérios, prazos e reafirmando as padronizações técnico-operacionais conforme as normas preconizadas pelo INCA

2.3 O Registro de Câncer de Base Populacional no Brasil

Na década de 1920 a saúde pública crescia como questão social no Brasil, no auge da economia cafeeira. A partir de então, as ações de saúde tentaram superar a demanda em todo o País. Isso levou ao aprimoramento técnico do trabalho de registros de câncer: foi recomendado que os atestados de óbito passassem a ser lavrados em impressos apropriados, contendo informações sobre a doença – um passo importante na tarefa de consolidação dos registros de câncer (REDE CÂNCER, 2013).

As primeiras iniciativas para a criação desses registros de câncer surgiram em 1956, quando Antônio Pedro Mirra teve a oportunidade de conhecer os trabalhos que estavam sendo realizados pelo *Institut National d'Hygiene* da França (MIRRA, 2005).

No Brasil, a Reforma Carlos Chagas (1921), entre outras ações, incentivou, através dos organismos oficiais, o estabelecimento de estatísticas sobre câncer, criando o Departamento Nacional de Câncer. Recomendava-se que os atestados de óbito fossem fornecidos em impressos apropriados, com quesitos sobre câncer. Também foi incentivada a notificação dos casos de câncer, e não apenas dos óbitos (INCA, 2001).

Os primeiros RCBP do Brasil surgiram nas cidades de Recife e São Paulo em fins dos anos 1960, por meio de iniciativas para obtenção de informações sobre morbidade por câncer no País, como já se verificava em diversas partes do mundo (KLIGERMAN, 2001).

Em 1966 a Associação Internacional de Registros de Câncer (IACR), iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), desenvolveu, de forma padronizada, métodos de coleta de dados da doença e incentivou a implantação dos RCBP. Isso possibilitou a formação de uma rede de monitoramento e a comparação dos dados dos diferentes registros (MOURA et al., 2006).

No final dos anos 1980, existiam seis RCBP distribuídos entre as cinco macrorregiões geográficas, cobrindo aproximadamente 11% da população do País; nos anos 1990 surgiram em mais nove cidades, elevando a cobertura nacional para 19,5%; e a partir do ano 2000, 12 novas cidades foram incorporadas, totalizando 25 RCBP e aumentando a cobertura nacional para 23%.

Ainda na década de 1980, o Ministério da Saúde identificou a necessidade de uma integração em nível nacional (INCA, 2003). E em 1990, houve a criação da Associação Brasileira de Registros de Câncer, com a intenção de fomentar o intercâmbio entre as instituições, serviços de oncologia e profissionais que trabalham no registro de câncer.

Os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) compõem um distinto instrumento de vigilância e monitoramento das neoplasias. Seu objetivo é estimar a incidência, a mortalidade e a sobrevida da população devido ao câncer, traçando assim o perfil epidemiológico dos diferentes tipos de neoplasias nas comunidades.

São realizados por meio da coleta, análise, interpretação e divulgação de informações, de forma sistemática, em populações e períodos de tempo definidos. Além do mais, produzem subsídios aos gestores para o planejamento, a implementação de programas e ações de prevenção, de controle e de atenção à população doente. (MOURA et al., 2006).

Dentre as características dos dados produzidos pelo RCBP, estão a determinação do comportamento temporal das neoplasias, a avaliação de medidas de intervenção e a execução de estudos epidemiológicos direcionados à avaliação de medidas terapêuticas, à identificação de fatores de risco e à análise de sobrevida e formulação de políticas de saúde para que sejam utilizadas como forma de intervenção nas neoplasias (SILVA, 1999).

Mas é importante ressaltar que o que garante a qualidade das informações no âmbito nacional é a qualidade dos dados, ou seja, a representatividade e legitimidade das informações recolhidas, assim como de sua atualidade e participação relevante dos indivíduos e das instituições aos processos de vigilância epidemiológica (INCA, 2001).

2.4 Cenário dos Registros de Câncer no Brasil

Segundo a Política de Atenção Oncológica, preconizada pela OMS, os registros de câncer se inserem como os pilares fundamentais da vigilância epidemiológica do câncer.

Historicamente, a mortalidade tem sido fonte essencial para compreensão do perfil epidemiológico das populações. Porém, o uso de apenas informações sobre óbito, para as neoplasias malignas, não são suficientes para traçar a real magnitude

da ocorrência destas doenças, visto que existem diferenças entre os tipos de câncer em função da letalidade e sobrevida. Ou seja, a mortalidade com casos de tumores de melhor prognóstico, como no caso dos tumores de mama feminina e próstata, não permitem aproximação do que seria incidência, diferentemente dos tumores que apresentam maior letalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Além disso, os avanços obtidos nos recursos de diagnóstico precoce e tratamento efetivo dos tumores dissociam ainda mais o uso da informação da mortalidade da estimativa de incidência, reforçando a necessidade de se monitorar a ocorrência de casos novos através dos registros de câncer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Conforme o Ministério da Saúde (2007), a partir de 1999, com os convênios firmados entre as secretarias estaduais de saúde (SES) e recursos do Fundo Nacional de Saúde, houve o desenvolvimento do Programa de Avaliação e Vigilância do câncer e de seus fatores de risco (PAV).

O PAV possibilitou a articulação de um conjunto de ações estruturais, desenvolvidas para implementar núcleos técnicos nas SES e dedicados ao fortalecimento desta área. Como consequência, vários cursos e treinamentos foram realizados com o objetivo de formar profissionais para atuação e supervisão nos registros de câncer. Assim, observou-se incremento no número de RHC e RCBP em várias unidades da federação nos anos seguintes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.866).

Com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e fortalecimento da vigilância das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT) houve um incremento na vigilância do câncer. A implantação do sistema informatizado denominado SisBasepop, baseado nas recomendações da *International Agency for Research on Cancer* (IARC/OMS) e na experiência do *Surveillance Epidemiology and Results* (SEER) do *National Health Institute* (NIH) dos Estados Unidos, permitiu uma melhor padronização dos dados e também a importação de base de dados de outros sistemas do SUS, particularmente as do Sistema de Informação sobre Mortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A partir de 2006, os RCBP passaram a receber apoio da SVS, por meio da vigilância de DANT, com repasse de recursos mensais específicos no teto financeiro da vigilância em saúde para as secretarias estaduais e municipais (BRASIL, 2005). Dessa forma, os RCBP brasileiros passaram a contar com recursos regulares, repassados mensalmente, fundo a fundo, para apoio às suas atividades. Esses

recursos têm permitido aos registros brasileiros a estruturação de equipes com menos rotatividade de profissionais e um aprimoramento no desempenho de suas funções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Segundo dados da Rede Câncer (2013), há no Brasil 32 RCBPs implantados. No que se refere aos hospitais, 100% dos 44 Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacons) e 90,2% das 224 Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (Unacons) habilitados no Sistema Único de Saúde contam com RHCs (REDE CÂNCER, 2013).

Esses registros representam uma importante fonte de informações sobre a incidência do câncer no Brasil, correspondente a cerca de 40 milhões de habitantes, ou seja, 21% da população brasileira. Essas informações permitem comparar a magnitude da doença entre as diferentes regiões brasileiras e outros países (BRASIL, 2006).

As informações sobre as estimativas de incidência e de mortalidade do câncer no mundo são divulgadas pela Agência Internacional de Pesquisa de Câncer (IARC), a agência da Organização Mundial da Saúde responsável pelos estudos do câncer, através do projeto GLOBOCAN 2002 (FERLAY et al., 2004).

Além dos RHC e RCBP, a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia (Apac-Onco), o Sistema de Informações de Câncer da Mulher (SISCAM), Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e o Sistema de Internações Hospitalares do SUS – SIH funcionam como fontes de informação sobre o câncer (MOURA, 2006).

2.5 Registro de Câncer de Base Populacional do Recife x Aceitabilidade

O Registro de Câncer de Base Populacional do Recife possui 33 fontes notificadoras. Conforme o Manual de Rotinas e Procedimentos para Registros de Câncer de Base Populacional (2006) são fontes notificadoras do registro todas as Instituições que prestem assistência em câncer dentro da área de cobertura do registro, independente de sua natureza pública ou privada.

De acordo com Moura et al. (2006), a coleta de dados é realizada através da busca ativa *in loco* nas fontes notificadoras. Os processos de digitação, checagem de consistência das informações e cruzamento dos casos com os registros de mortalidade, simples e rotineiros.

Preenche-se uma ficha de notificação com variáveis de caráter demográfico, topográfico, morfológico, base diagnóstica e comportamento do tumor. Para a codificação das variáveis da topografia e morfologia, utiliza-se a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia/CID-O (PERCY et al., 1996).

Independentemente de sua situação de preenchimento, digitam-se as fichas codificadas. Após essa digitação, realiza-se a checagem dos dados com o objetivo de excluir os casos duplos, porque muitos pacientes, na fase de diagnóstico, passam por várias instituições e podem ser captados duplamente, na coleta de dados. A partir dessa checagem, geram-se dois bancos de dados: um de registros completos; e outro, de registros incompletos, cujas informações são complementadas com dados obtidos nas fontes colaboradoras.

Após essa etapa, os dados passam por um processo de verificação e checagem de consistência, duplicidade e possíveis incompatibilidades. As fichas que permanecem incompletas e inconsistentes são armazenadas para complementação em outras coletas (MOURA et al., 2006).

Ao término desse processo, o registro gera relatórios de incidência e mortalidade que são enviados ao INCA/Ministério Saúde (MOURA et al., 2006). Após recebimento e análise, o INCA gera um relatório para possíveis correções e logo após ocorre validação definitiva do ano a ser consolidado.

Desta forma, os Sistemas de Vigilância têm sido desenvolvidos para contemplar uma gama de necessidades em saúde pública. Há uma diversidade em relação à operacionalização de tais sistemas, onde podem ser simples (coleta de dados de uma única fonte) e mais complexos, como os sistemas eletrônicos que recebem dados de várias fontes em múltiplos formatos (CDC, 2001).

De acordo com as Diretrizes para Avaliação de Sistemas de Vigilância em Saúde Pública (CDC, 2001), a avaliação de sistemas de vigilância em saúde pública deve envolver alguns atributos de qualidade que são prioritários para um determinado sistema, assim como os seus objetivos, entre eles, destacam-se: simplicidade, flexibilidade, qualidade de dados, aceitabilidade, representatividade e oportunidade.

A *simplicidade* de um sistema de vigilância em saúde pública diz respeito à sua estrutura e facilidade de operação. A *flexibilidade* indica que um sistema de vigilância em saúde pública flexível pode se adaptar a mudanças nas necessidades de informação ou condições operacionais com pequeno custo adicional, em termos de tempo, pessoal, ou recursos financeiros. A *qualidade dos dados* reflete a

completude e validade dos dados registrados no sistema de vigilância em saúde pública. E a aceitabilidade reflete a vontade de pessoas e instituições em participar do sistema de vigilância (CDC, 2001).

O desenvolvimento de indicadores de avaliação de desempenho de sistemas de vigilância constituiu o principal passo para a consolidação da vigilância na qualidade de uma das principais aplicações da epidemiologia nos serviços de saúde. Dentre os indicadores de avaliação, destaca-se aceitabilidade que caracteriza-se por sua subjetividade, sendo avaliada pela disposição favorável dos profissionais e das instituições que conduzem o sistema, permitindo que as informações geradas sejam exatas, consistentes e regulares (CDC, 2001).

Apesar da subjetividade deste atributo e da sua difícil quantificação, a aceitabilidade foi citada em diversos trabalhos, como na pesquisa de Eliseu Waldman (1991). O autor cita alguns aspectos da operacionalização de sistemas de vigilância epidemiológica e em seguida dimensiona os critérios da CDC, entre eles a aceitabilidade, sua importância e aplicação no sistema de saúde pública.

Pesquisa conduzida por Santos (2011) aponta e define a aceitabilidade de acordo com o CDC, analisando as principais dificuldades relacionadas à notificação desta doença. Ao avaliar os profissionais envolvidos na vigilância da Dengue, chega à conclusão que o sistema de vigilância analisado apresentou funcionamento estável, sendo observadas algumas limitações, ocorrendo a necessidade de seu aprimoramento. Outra pesquisa relevante foi a conduzida por Moura (2011), no qual foram utilizados os sete critérios da CDC (2001) para avaliar um sistema de informação, chegando à conclusão que o sistema tem boa aceitabilidade.

Para que um sistema possa gerar informações de qualidade, é de fundamental importância que a aceitabilidade seja de boa qualidade. O controle de qualidade é o nome dado para o mecanismo através do qual a qualidade dos dados é aferida (IARC, 1991).

Contudo, para que possa ocorrer aprimoramento da qualidade de uma informação é importante haver excelência na definição de caso, permitindo a comparabilidade dos dados de acordo com as variáveis de tempo e espaço (IARC, 1991).

3 OBJETIVO

Analisar a aceitabilidade no Registro de Câncer de Base Populacional do Recife sob a perspectiva dos profissionais que trabalham nas fontes notificadoras do câncer.

4 JUSTIFICATIVA

O câncer constitui problema de saúde pública para o mundo - respondendo por perda da qualidade de vida, perda da capacidade laborativa, lesões permanentes e óbito, onerando os sistemas de saúde, correspondendo a segunda principal causa de morte, no Brasil, superada apenas por doenças cardiovasculares (OPAS, 2002).

O RCBP é uma importante ferramenta para vigilância e monitoramento das neoplasias. Este sistema de informações em saúde permite a coleta, a classificação e análise de casos incidentes de câncer diagnosticados e dos fatores ambientais que podem estar relacionados a prevalência da doença, assim como na identificação de grupos étnicos afetados pertencentes a uma população de tamanho e características conhecidas e de uma área geográfica bem delimitada. Deste modo, o RCBP coopera para o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas e clínicas, assim como para a avaliação das ações de controle do câncer (INCA, 2001).

A avaliação de um sistema de vigilância visa a assegurar que o problema das neoplasias seja monitorado de maneira apropriada, eficiente e útil no contexto da Saúde Pública (CDC, 2001).

Por conseguinte, considerando a complexidade do sistema de vigilância do câncer e sua execução, torna-se necessária a análise da aceitabilidade deste sistema sob a perspectiva dos profissionais envolvidos. Conhecer a compreensão e a disposição que estes profissionais têm em participar do sistema de vigilância, viabilizando a geração de informações consistentes e regulares, poderá fomentar ações de educação continuada e aprimoramento do RCBP, com melhor delineamento da captação das informações dos casos de câncer, garantindo maior qualidade do registro.

5 MÉTODO

5.1 Desenho e objeto do estudo

Foi realizada uma pesquisa qualitativa descritiva com a análise do discurso do sujeito coletivo como estratégia de análise de dados. Realizou-se uma entrevista com uso de um roteiro semiestruturado (apêndice A) com os profissionais que

trabalham nas fontes notificadoras do câncer envolvidos com a vigilância do câncer no município de Recife, em 2015.

5.2 Local e participantes do estudo

Foram entrevistados 13 profissionais das fontes notificadoras. Estes profissionais foram localizados no setor de arquivo destas instituições, e são responsáveis pelo fornecimento dos prontuários solicitados por diversos profissionais, dentre eles, os registradores que trabalham no Registro de Câncer, que buscam nos prontuários dados referentes às neoplasias de pacientes residentes em Recife. A escolha destes profissionais foi devido ao seu envolvimento, mesmo que de forma indireta, na constituição das informações relacionadas às neoplasias. A fim de elucidar o caminho, assim como a existência ou não de dificuldades, na constituição dessas informações.

5.3 Definição da coleta de dados

A pesquisa foi realizada considerando o critério de Aceitabilidade conforme as “Diretrizes para Avaliação de Sistemas de Vigilância”, dos Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos da América.

A aceitabilidade reflete a vontade dos indivíduos e das organizações para participarem no sistema de vigilância (CDC, 2001). Essa depende da importância da percepção dos eventos sob vigilância, do reconhecimento das contribuições individuais ao sistema e do tempo requerido para elaborar os relatórios.

A escolha deste atributo (aceitabilidade) justificou-se por evidenciar o desempenho deste sistema de vigilância em saúde.

A análise do atributo da aceitabilidade foi baseada nos seguintes sinalizadores: conhecimentos sobre o RCBP e sua importância para ações de planejamento; reconhecimento da contribuição individual; dificuldade na disponibilização de dados para a realização coleta; e sugestões para melhoria do intercâmbio entre as fontes notificadoras e o RCBP.

Todas as entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora principal (PI). O gravador foi utilizado em todas as entrevistas, como forma de garantir maior fidedignidade ao registro, mesmo sabendo da possibilidade de inibição do

entrevistado pela presença do gravador. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para a análise.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas na pesquisa pessoas maiores de 18 anos, responsáveis pela disponibilização de subsídios para alimentação do sistema de vigilância do câncer, que trabalhavam nas instituições notificadoras do RCBP do Recife. Neste estudo, foram excluídos os profissionais que exerciam outras funções que não fossem as de fornecer subsídios para alimentação do Sistema de Vigilância em Saúde do Câncer (Sisbasepop), e, sobretudo, aqueles com função ignorada/outras, que poderiam não apresentar competência técnica suficiente para responder aos itens do roteiro.

5.5 Análise dos Dados

A análise seguiu as etapas da técnica de construção do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC, trabalhada por Fernando Lefevre e Ana Maria Cavalcanti Lefevre. O DSC é uma forma de representar o pensamento de uma coletividade, realizando operações sobre depoimentos que resultam em discursos-síntese que reúnem respostas de diferentes indivíduos, com conteúdos discursivos de significado semelhante (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005). A partir do momento que se define qualitativamente o caráter coletivo do pensamento social, pode-se coletivizar os resultados pela quantidade, passando a conhecer as ideias dos indivíduos e suas características pessoais.

Conforme o CDC (2001), por a aceitabilidade ser um atributo largamente subjetivo e não existir parâmetros para sua aferição, utilizou-se no estudo para definir a aceitabilidade por parte dos profissionais (i) a aceitação de pessoas e instituições em participar do sistema de vigilância em questão, provendo-o de dados precisos, consistentes, completos e oportunos, (ii) o reconhecimento na contribuição na constituição das informações referentes às neoplasias, daqueles responsáveis pelo fornecimento destas informações, (iii) e o número de recusas para participar das entrevistas.

A técnica de análise qualitativa dos dados seguiu as seguintes etapas:

- 1) Seleção das expressões-chaves (ECH) - pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que revelam a essência do depoimento, destacadas pelo pesquisador;
- 2) Definição das ideias centrais - nome ou expressão linguística que revela e descreve, de maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH;
- 3) Construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) - discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular, a partir de trechos de discursos individuais. É construído através das expressões-chave e ideias centrais, no qual o pensamento de um grupo aparece como se fosse um discurso individual.
- 4) Ancoragem – esta etapa se refere a uma manifestação linguística explícita, que revela uma teoria, ideologia ou crença que alicerça muitas concepções do autor do discurso, no qual pode estar presente ou não.

5.6 Aspectos éticos

O presente estudo foi realizado de acordo com a Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde sendo submetido ao CEP/CCS/UFPE. Foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, através da carta de anuência (Anexo A). A coleta de dados foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (anexo B).

O contato com os entrevistados foi efetivado por meio de uma visita a cada Instituição, ocasião em que os objetivos da pesquisa foram esclarecidos e o convite para a participação foi efetivado. Os entrevistadores fizeram a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo C) e após a assinatura, as entrevistas foram iniciadas e gravadas mediante autorização dos participantes.

Em relação aos possíveis riscos, a entrevista poderia causar constrangimento aos participantes, contudo, como forma de minimizar este risco, as entrevistas foram conduzidas em ambiente reservado e de forma individual. Em relação aos benefícios, a pesquisa delineou a interação do sistema de informação de vigilância do câncer com os órgãos de saúde, assim como a participação das fontes notificadoras e sua retroalimentação contribuindo para o incentivo de ações de

educação permanente para os profissionais envolvidos na disponibilização e na busca das informações referentes às neoplasias.

Todas as medidas foram tomadas a fim de assegurar o cumprimento dos princípios éticos para a realização da pesquisa, com garantia do sigilo, dentro dos princípios da bioética (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça).

6 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa encontram-se apresentados em forma de artigo, no qual está disposto no Apêndice A (Artigo original: Aceitabilidade no Registro de Câncer de Base Populacional do Recife – PE sob a perspectiva dos profissionais que trabalham nas fontes notificadoras).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As neoplasias são um dos principais problemas de saúde pública no mundo, no qual impõem grandes desafios aos profissionais de saúde, por sua magnitude e pela crescente ocorrência de casos e óbitos. Logo, é fundamental que ocorra o aperfeiçoamento na qualidade dos registros de câncer, a fim de garantir informações consistentes e regulares.

A disponibilidade das informações contribui para a melhoria do sistema de informações em câncer, amplia o conhecimento técnico-científico, permite o melhor direcionamento de recursos e esforços, subsidiando ações para a prevenção e controle desta doença.

É fundamental que ocorra a contínua avaliação da aceitabilidade como um dos atributos do sistema de vigilância do câncer, bem como a realização de outros estudos epidemiológicos que forneçam evidências capazes de contribuir para a melhoria das atividades relacionadas ao aprimoramento do sistema, assim como para o aperfeiçoamento da vigilância e monitoramento das neoplasias.

Conforme os resultados encontrados, recomenda – se a realização de avaliações formativas contínuas nos processos de desenvolvimento do RCBP que orientem os profissionais envolvidos – direta e indiretamente – com o sistema, quanto aos ajustes e correções a serem realizados, aos aspectos positivos e

negativos da sua implementação e ao seu impacto nos processos de trabalho da vigilância do câncer.

Em resumo, é fundamental que ocorra integração entre os profissionais do registro e das fontes notificadoras, a fim de que ocorra o feedback das informações provenientes das fontes notificadoras. Por conseguinte, faz-se necessária uma contínua capacitação dos profissionais envolvidos nas rotinas da vigilância do câncer, a fim de aperfeiçoar a qualidade das informações geradas e que os profissionais se sintam co-responsáveis pela constituição destas informações.

REFERÊNCIAS

ABOUZAHAR, Carla e BOERMA, Ties. Health Information systems: the foundations of public health. Bulletin World Health Organization, vol. 83: n 8 578- 583. Genebra, August 2005. Disponível em <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/83/8/578.pdf>. Acesso em janeiro de 2015.

BENTO, Luiz Renato. Desenvolvimento de Sistemas de Informações para Registro Hospitalar de Câncer. São Paulo, 2007. Acesso 19 de dezembro de 2014. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5155/tde.../BentoLRMestrado.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Manual de rotinas e procedimentos para registros de câncer de base populacional. - Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância em Saúde no SUS. Acesso em dezembro de 2014. Disponível em: www.prosaude.org/publicacoes/diversos/livro_nova_vigilancia_web.pdf

BRANCO, Maria Alice F. Informação e Tecnologia: Desafios para a implantação da Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS). Physis – Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p; 95 – 123, 1998.

Centers for Disease Control and Prevention. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. MMWR Recomm Rep. 2001 Jul;50(13):1-35.

DONABEDIAN A. The seven pillars of quality. Arch. Pathol. Lab. Med. 1990; 114(11):1115-1118.

Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

MENDES, Fátima, C. O papel do Instituto Nacional do Câncer na Gestão de Saúde Pública no Brasil para o controle do câncer; p. 31, 2009, Rio de Janeiro. Acesso em março de 2016. Disponível em: http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/k211902.pdf.

FERLAY J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008 v1.2, cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet].

Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2010 [cited 2011 Feb 15]. Available from: <http://globocan.iarc.fr>

Fundação Oncocentro de São Paulo. Registro de Câncer no Brasil e sua história. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2005.

International Association of Cancer Registries (IARC). Cancer Registration: Principles and Methods. Edited by O. M. Jensen, D. M. Parkin, MacLennan, C. S. Muirand R. G.Skeet. IARC Scientific Publication, No 95. Lyon, France, 1991. (versão impressa).

Instituto Nacional de Câncer. Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão / Instituto Nacional de Câncer. 2 ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.

Instituto Nacional de Câncer.; Ministério da Saúde. Câncer no Brasil: dados dos registros de câncer de base populacional. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2003.v.3. Disponível em: <http://www.inca.gov.br> Acesso em novembro de 2014.

Instituto Nacional de Câncer.; Ministério da Saúde. Registros de Câncer no Brasil: estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil - 2001. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2001. Disponível em: <http://www.inca.gov.br> Acesso em novembro de 2014.

International Union Against Cancer: Introduction UICC Global Cancer Control. Geneve, Switzerland, UICC, 2005.

JENSEN, OM ,Storm HH. Purposes and uses of cancer registration, In: Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, et al., eds, Cancer registration:principles and Methods.IARC Scientific,1991.

KLIGERMAN, J, Registro Hospitalar de Câncer no Brasil.[Editorial]. Revista Brasileira de Cancerologia, 2001, 47(4): 357-59.

LEFEVRE F, Lefevre AMC, Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Série Pesquisa v. 12. Brasília: Líber Livro Editora; 2005. 97 p.

MELLO, Jorge, Maria Helena Prado de; LAURENTI, Ruy; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. Ciênc. e Saúde Coletiva, vol. 13, n. 3, Rio de Janeiro, May/June, 2007.

Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino serviço. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2002.

Ministério da Saúde. Inca. Registros Hospitalares de Câncer: Rotinas e Procedimentos. Rio de Janeiro: 2000.

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 Pública [online]. 2007

MIRRA, Antônio Pedro. Registros de Câncer no Brasil e sua história. São Paulo, Brasil, 2005. Acesso em 24 de outubro de 2015. Disponível em: fsp.usp.br/rcsp/img/arquivos/rcsp_2005.pdf

MOURA, Lenildo de; Curado, Maria Paula; Simões, Eduardo Jardim; Cesário, Antônio Carlos; Urdaneta, Margarita. Avaliação do Registro de Câncer de Base Populacional do Município de Goiana, Estado de Goiás, Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Volume 15 – No 4 – out/dez de 2006.

Organização Pan-Americana da Saúde. Policies and managerial guidelines for national cancer control programs. Rev Panam Salud Publica/Pam Am J Public Health. 2002;12(5):366-70.

PARKIN, D. M.; Pisani, P.; Ferlay, J. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin. 1999 Jan-Feb; 49(1):33-64. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov Acesso em novembro de 2014.

PERCY C, Van Holten V, Muir C. Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – CID-O. 2a ed. São Paulo: OMS; 1996.

Rede Câncer. Publicação trimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2013. Acesso em novembro de 2015, Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/ac29250041408fb0ab65afe8765d5801/rcc_23_integra.pdf?MOD=AJPERES

SILVA, Gisele da, and SANTOS, Manoel Antônio dos. "Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. Texto contexto - enferm. [online]. 2008.

SILVA Is. Epidemiología del cancer: principios y métodos. Geneva: OMS; 1999

TEIXEIRA C. O futuro da prevenção. Salvador (BA): Casa da Qualidade; 2001

WAGNER, Gastão. History of câncer registration. Cap.2. In: Cancer registration: Principles and Methods. IARC Scientific Publication No 95, Lyon, France. 1991(versão impressa) p. 3 – 6.

World Health Organization. Policies and managerial guidelines for national cancer control programs. *Rev. Panam Salud Publica*. 2002 Nov; 12(5): 366-7

APÊNDICE A – ARTIGO

ACEITABILIDADE NO REGISTRO DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL DO RECIFE – PE SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NAS FONTES NOTIFICADORAS

Acceptability in Registration Population Reef Base Cancer - PE under the perspective of professionals working in sources notifying

ALBUQUERQUE, Marcella Maria Barbosa de – Mestranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: mmbalbuquerque@hotmail.com

CEBALLOS, Albanita Gomes da Costa- Docente do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: albanita.costa@ufpe.br

SOUTO, Rafaella Queiroga – Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: rafaellaqueiroga7@gmail.com

Resumo

A aceitabilidade reflete a vontade de pessoas e instituições em participar do sistema de vigilância. **Objetivo:** analisar a aceitabilidade no Registro de Câncer de Base Populacional do Recife sob a perspectiva dos profissionais que trabalham nas fontes notificadoras do câncer. **Métodos:** pesquisa qualitativa descritiva com análise do discurso do sujeito coletivo, realizada através de entrevistas com 13 profissionais que trabalhavam em 13 fontes notificadoras. Foram incluídas na pesquisa pessoas maiores de 18 anos, responsáveis pela disponibilização das informações referentes às neoplasias. **Resultados:** as ideias centrais encontradas foram: Indicadores de saúde que traçam estimativas da população com câncer; aperfeiçoamento da qualidade da assistência aos pacientes com câncer; controle dos prontuários; organização do processo de trabalho; trabalho em equipe em busca da informação; benefício para a pesquisa; contribuição na constituição das informações relacionadas ao câncer; melhoria na completude dos dados dos pacientes,

realização de *feedback* das informações geradas; criação de fóruns de capacitação.

Conclusão: os discursos analisados qualificou o sistema de vigilância do câncer como aceitável, em função da disposição que estes profissionais demonstraram em contribuir na disponibilização de dados para a vigilância das neoplasias.

Palavras-chave: registro de câncer; vigilância; monitoramento.

Abstract

Acceptability reflects the willingness of people and institutions to participate in the surveillance system. **Objective:** To analyze the acceptability of the Population Based Cancer Registry of Recife from the perspective of professionals working in notifying sources of cancer. **Métodos:** Descriptive qualitative research discourse analysis of the collective subject, conducted through interviews with 13 professionals working and 13 reporting sources. They were included in the survey people over 18 years, responsible for the provision of information relating to neoplasms. **Results:** The main ideas were: Health indicators mapping population estimates with cancer; improving the quality of care for cancer patients; Control of records; organization of the work process; teamwork in search of information; benefit for research; contribution to the establishment of information related to cancer; improvement in the completeness of patient data, performing feedback of information generated; creating training forums. **Conclusion:** the speeches analyzed described the cancer surveillance system as acceptable, because of the provision that these professionals have shown to contribute in providing data for the monitoring of cancer.

Keywords: cancer registry; surveillance; monitoring.

* Artigo elaborado e formatado de acordo com as normas da revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, a partir da dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva apresentada ao Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Pernambuco, (PPGISC/UFPE), Recife-PE, Brasil, 2016. Não recebeu recursos financeiros de órgão de fomento. A autora Marcella Albuquerque foi bolsista de mestrado do PPGISC no período de 05/03/14 a 05/02/16. Endereço para correspondência: Marcella Albuquerque. Avenida Simoa Gomes, 701 A, apto 102, Heliópolis, Garanhuns – PE/ Cep: 55295-480. E-mail:mmbalbuquerque@hotmail.com

Introdução

O câncer constitui um problema de saúde pública global, respondendo por perda da qualidade de vida e da capacidade laborativa, acometimento por lesões permanentes e óbito; onerando os sistemas de saúde. No Brasil, o câncer corresponde a segunda principal causa de morte, superada apenas por doenças cardiovasculares.¹

O Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) é uma importante ferramenta para vigilância e monitoramento das neoplasias. Este sistema de informações em saúde permite a coleta, a classificação e análise de casos incidentes de câncer diagnosticados e a análise de tendências, assim como os fatores ambientais que podem estar relacionados e influenciar na prevalência da doença. Além disto, o RCBP auxilia na identificação de grupos étnicos afetados pertencentes a uma população de tamanho e características conhecidas e de uma área geográfica bem delimitada, cooperando para o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas e clínicas, assim como para a avaliação das ações de controle do câncer.²

A mudança do perfil populacional, a descoberta de novas formas da doença, o acesso a serviços de saúde e os avanços tecnológicos, obrigam os RCBP a estarem atualizados de forma a responder aos seus objetivos. E, em consequência, geram a necessidade de realização de avaliações constantes deste sistema de vigilância a fim de que o monitoramento das neoplasias seja feito de forma precisa, eficiente e útil.³

A avaliação de sistemas de vigilância em saúde pública deve envolver uma avaliação de atributos do sistema, incluindo simplicidade, flexibilidade, qualidade de dados, estabilidade, sensibilidade, valor preditivo positivo, representatividade, oportunidade e aceitabilidade.⁴

Dentre estes atributos, a aceitabilidade destaca-se por estar estritamente relacionada com a disposição dos profissionais e das instituições que conduzem o sistema, permitindo a geração adequada das informações que alimentarão o RCBP. Ou seja, é um atributo que depende principalmente da percepção das pessoas sobre a importância em saúde pública do evento adverso à saúde sob vigilância, assim

como do reconhecimento da sua contribuição na disponibilidade das bases técnicas para a prevenção e controle do agravo em questão.⁴

Considerando a complexidade do sistema de vigilância do câncer e sua execução, toma-se como objetivo da pesquisa analisar a aceitabilidade deste sistema sob a perspectiva dos profissionais envolvidos nas fontes notificadoras.

Métodos

A pesquisa foi realizada considerando o critério de Aceitabilidade conforme as “Diretrizes para Avaliação de Sistemas de Vigilância”, dos Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos da América.⁴

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva com a análise do Discurso do Sujeito Coletivo. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, constituída por sete questões discursivas aplicadas aos profissionais que trabalham nas fontes notificadoras do câncer envolvidos com a vigilância do câncer no município de Recife.

A análise do atributo da aceitabilidade foi baseada nos seguintes sinalizadores: conhecimentos sobre do RCBP assim como sua importância para ações de planejamento; reconhecimento da contribuição individual dos profissionais; dificuldade na disponibilização de dados aos profissionais que trabalham no RCBP; sugestões para melhoria do intercâmbio entre as fontes notificadoras e o RCBP.

Entre os 19 profissionais identificados como possíveis sujeitos da pesquisa, 13 participaram. Três pessoas se recusaram a participar e três não foram encontrados. O contato com os entrevistados foi efetivado por meio de uma visita a cada instituição, ocasião em que os objetivos da pesquisa foram esclarecidos e o convite para a participação foi efetivado. O entrevistador efetivou a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e após a assinatura, as entrevistas foram iniciadas e gravadas mediante autorização dos participantes.

As gravações foram transcritas, organizadas e analisadas descritivamente. A técnica utilizada para a análise dos discursos foi a do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O objetivo da técnica do DSC é, por meio de um único discurso, representar a opinião de uma coletividade, porém sem descaracterizar a natureza qualitativa de cada depoimento analisado.⁵

Partindo desse universo de sujeitos e suas respectivas entrevistas, inicialmente foi realizada a seleção das expressões-chaves (ECH), que são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que revelam a essência do depoimento.⁵

Posteriormente, ocorreu o estabelecimento das ideias centrais, que são nomes ou expressões linguísticas que revelam e descrevem, de maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados, as quais agrupam respostas com conteúdos discursivos semelhantes, viabilizando assim a formação dos DSC.⁶

E finalmente foi realizada a construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular, a partir de trechos de discursos individuais.⁵ Para obter os pensamentos coletivos, somam-se pensamentos individuais iguais. O objetivo é obter um discurso articulado, repleto de conteúdos e argumentos como resultado. Não se obtém um discurso da realidade e sim, sobre a realidade.

A partir do momento que se define qualitativamente o caráter coletivo do pensamento social, pode-se coletivizar os resultados pela quantidade, passando a conhecer as ideias dos indivíduos e suas características pessoais.

Resultados

Os resultados serão apresentados em duas etapas: caracterização dos participantes, seguidos dos resultados advindos do DSC.

Caracterização dos participantes da pesquisa

Observa-se que dos treze membros, sete são mulheres, oito possuem nível superior completo, e nove trabalham no setor de arquivos de prontuários. O Quadro 1, a seguir, apresenta a caracterização individual dos participantes da pesquisa.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa

Caracterização dos participantes da pesquisa			
Participante	Sexo	Nível de escolaridade	Profissão
A	M	3º grau incompleto	Arquivista
B	M	Superior Completo	Arquivista
C	F	2º grau completo	Arquivista
D	F	Superior Completo	Gerente do SAME
E	F	Superior Completo	Gerente do arquivo
F	F	Superior Completo	Enfermeira do NEP
G	M	Superior incompleto	Gerente do arquivo
H	F	Superior completo	Enfermeira do NEP
I	M	2º grau completo	Arquivista
J	M	Superior Incompleto	Arquivista
K	F	Superior completo	Biomédica do laboratório
L	F	Superior completo	Enfermeira do NEP
M	M	Superior completo	Administrador

Resultados advindos do DSC

Apresentação dos temas com as respectivas ideias centrais e o discurso do sujeito coletivo.

Tema 1 - Conhecimento sobre o Registro de Câncer de Base Populacional e sua importância para ações de planejamento.

Com a análise do DSC, foi possível apreender que a maioria dos entrevistados (61,53%) soube referenciar algum conhecimento acerca do Registro de Câncer de Base Populacional. Eles relataram sobre a importância de contabilizar os casos de câncer para que, a partir do diagnóstico, ações de planejamento sejam realizadas em prol deste problema de saúde pública.

Ideias Centrais

- a) Indicadores de saúde que traçam o diagnóstico do câncer numa população;
- b) Estimativas da população com neoplasia;

- c) Aperfeiçoar a qualidade da assistência aos pacientes com câncer;
- d) O planejamento é fundamental para minimizar o problema do câncer;
- e) Conscientização das autoridades.

“O Registro de câncer são indicadores de saúde que através deles que vão me dar um perfil da incidência, da prevalência das doenças, fazendo com que as autoridades tomem consciência e possam estudar uma forma de melhorar o tratamento, e ter um melhor planejamento. E baseado nas pesquisas que realizadas o câncer, eles fazem estimativas da população para o ano atual e para os próximos anos. Este levantamento dos casos registrados no Brasil é de suma importância para as instituições, principalmente às do governo, na área da saúde, pois a partir dessas informações pode-se planejar estudar, pesquisar e investir numa estrutura que possa ter mais medicações, mais tratamento, mais oportunidades para profissionais que lidam com essa área de câncer.”

Tema 2 – Dificuldades no fornecimento dos dados para preenchimento das fichas do RCBP

A partir destes discursos, pôde-se identificar que a maior parte dos entrevistados (84.61%) referiu não ter dificuldade em relação ao fornecimento dos dados (informações médicas/laboratoriais) devido às Instituições terem maior controle sobre os prontuários, facilitando a organização e disponibilização destes documentos.

- a) Controle dos prontuários;
- b) Direito á informação dos casos de câncer;
- c) Acesso direto aos prontuários.

“Não há dificuldades. Tenho controle destes documentos, estou em posse dos prontuários das pessoas que faleceram, com toda documentação, toda história dos pacientes. Estes documentos são de fácil acesso e são fornecidos para as pessoas que fazem a pesquisa sem nenhum problema. Quando as meninas chegam e se identificam, pergunto quais os prontuários que querem, aí procuro, e falo o dia pra elas vim pesquisar. Eu marco a data para entregar porque tenho muita coisa pra fazer. A secretaria tem o direito de saber os registros dos pacientes. Eu trabalho aqui

com prontuário físico e eletrônico. Quando o prontuário é eletrônico, disponibilizo computador pra que elas pesquisem os casos no sistema. Quando é o prontuário físico, elas ligam ou vêm aqui e dão o número do prontuário com antecedência, aí e procuro os prontuários e separo. Alguns prontuários ficam aqui e os mais antigos que são os arquivos mortos ficam em outro local sob o cuidado de empresas terceirizadas. Quando preciso desses prontuários, entro em contato com o pessoal e solicito. Aí fico na espera de alguns dias pra receber os prontuários que foram solicitados.”

Tema 3 - Alteração da rotina de trabalho devido à pausa para localizar os prontuários

O discurso foi constituído por respostas unânimes. Os participantes mencionaram que não há alteração da sua rotina de trabalho quando precisam parar seus afazeres para localizar os prontuários solicitados pelos profissionais do RCBP. A percepção dos entrevistados é que contribuem em benefício à pesquisa de pacientes com câncer.

- a) Benefício em relação à pesquisa de pacientes com câncer;
- b) Organização do processo de trabalho;
- c) Trabalho em equipe em busca da informação.

“Não atrapalha desde que eu tenha um controle desse material. Como nosso hospital é um hospital escola, é um prazer contribuir, até porque é uma consulta, se estão me procurando é porque precisam. É um trabalho planejado, não pode surgir de uma hora para outra, pois já se planeja em cima disso. Quando elas marcam com antecedência, ligam solicitando, eu quero tal prontuário, aí separo os documentos, pego o telefone das pessoas e retorno para que possam vim pesquisar. Se for de urgência, tento ser breve. Contudo, este trabalho paralelo também deve ser acompanhado da compreensão do funcionamento do arquivo. Porque tenho uma demanda enorme aqui! Separo todos os dias uma média de 600 prontuários para médicos que trabalham nos ambulatórios para realização do atendimento do dia seguinte. Temos que ver este trabalho como um trabalho em equipe na busca da informação pra poder localizar os prontuários e poder realizar a consulta dos dados

dos pacientes. É um benefício muito grande em relação à pesquisa de pacientes com câncer.”

Tema 4 - Atraso na entrega dos documentos (prontuários)

Alto percentual de participantes (76,92%) afirmou não ocorrer atraso na entrega dos prontuários solicitados aos profissionais que trabalham na busca ativa devido à organização do processo de trabalho.

- a) Organização do processo de trabalho;
- b) Planejamento;
- c) Resgate de prontuários antigos é realizado por terceiros, ocasionando atraso no recebimento dos mesmos.

“Esporadicamente ocorre atraso. Trabalho com planejamento, e com datas, você não pode chegar aqui de uma hora para outra e pedir a quantidade de prontuários que necessitar. Tem que ser realizada uma consulta prévia e logo após, dou o prazo para que todas as suas necessidades sejam atendidas. Porém, em alguns casos, os resgates dos prontuários não são realizados por mim. Dependo de pessoas para trazer os prontuários, principalmente quando estes documentos são muito antigos e não são armazenados aqui no arquivo, podendo ocorrer atraso no recebimento.”

Tema 5 – Contribuição na constituição das informações relacionadas às neoplasias

Em relação à percepção quanto à contribuição na constituição de informações referentes às neoplasias, a maioria (61,53%) afirmou que contribuem com o auxílio à pesquisa do câncer.

- a) Facilitar o acesso aos prontuários;
- b) Auxílio à pesquisa;
- c) Contribuição na constituição das informações relacionadas ao câncer.

“Minha contribuição é deixar estes documentos acessíveis ao grupo que vem em busca desse levantamento. Creio que seja uma questão de ajuda né, de auxílio,

porque se nós como arquivistas não fornecemos todos os prontuários que são solicitados, as informações ficam defasadas. A gente contribui fazendo a pesquisa, separando os prontuários para as meninas virem pesquisar. Procuo realizar a minha busca o mais sucinta possível, para facilitar a vida do pessoal, porque é disso aí que a gente vai saber quantos casos de morte têm por câncer no Recife. Faço tudo para fazer a pesquisa do pessoal, mesmo que esteja sobrecarregado no serviço, me empenho em procurar estes prontuários. Então, a minha contribuição é no sentido de fornecer em tempo hábil estes prontuários.”

Tema 6 – Participação em alguma capacitação relacionada à Vigilância do Câncer

Ao se reportarem ao tema em questão, os entrevistados apontaram suas representações quanto à participação ou não em capacitações. A maioria não participou de nenhuma capacitação relacionada à Vigilância do Câncer (76,92%), contudo, referiu sentir necessidade de participar a fim de ampliar seus conhecimentos.

- a) Capacitação somente para os profissionais que têm nível superior;
- b) Sensibilizar-se para informar;
- c) Empoderamento;
- d) Capacitação é aprendizado;
- e) Crescimento institucional devido a funcionários capacitados;

“Não, nunca participei, nem fui convidado. Nossa instituição não oferece esse tipo de capacitação. Quando têm essas capacitações, elas são para os gestores, quem trabalha com o nível técnico fica do lado de fora. É direcionado só aos chefes, entendeu? Mas assim, com isso não quer dizer que eu não saiba trabalhar com isso. É bom participar porque a gente fica atualizado, até em relação à prevenção, para auxiliar a alguém que tenha esta doença e orientar às pessoas para que elas procurem se prevenir, fazer exames. A visão da gente melhora muito quando a gente participa né? Acredito que toda capacitação é um aprendizado, e o aprendizado sempre é bom. E o que a gente aprende só melhora, enriquece nosso currículo, nosso conhecimento, e também a entidade. Acho que a entidade pode

ganhar com isso, o funcionário preparado tem mais possibilidade de desempenhar um trabalho melhor. A informação e a formação são essenciais para exercermos o nosso trabalho com destreza. A realização de capacitações para um setor como nosso, tem uma importância muito grande, porque a gente vai passar a olhar para aquele documento com um olhar diferente, a gente vai poder perceber que estamos solucionando uma questão vital para aquele paciente que está passando por determinado procedimento médico. Principalmente no que se refere ao câncer que é um dos agravos mais prevalentes da nossa sociedade, por isso é fundamental termos essa consciência da necessidade de formação. Toda capacitação é válida! Estamos sempre precisando nos reciclar. Aprender sempre será bem vindo!”

Tema 7 – Sugestões para aperfeiçoar a comunicação entre as Instituições Notificadoras e o RCBP

Alto percentual de participantes (76,92%) mencionou sugestões para que ocorra melhor intercâmbio entre os profissionais das fontes notificadoras e os profissionais do RCBP. Dentre as sugestões pontuadas, encontra-se a necessidade de completude dos dados dos pacientes, a fim de facilitar a localização dos prontuários; necessidade de feedback entre os profissionais (das fontes notificadoras e do RCBP) acerca das informações geradas a partir das coletas; criação de espaços para realização de ações de educação permanente para os profissionais da saúde.

- a) Terceirização do serviço dificulta o acesso aos prontuários;
- b) Completude dos dados dos pacientes;
- c) Feedback das informações geradas;
- d) Comunicação insuficiente entre os setores;
- e) Trabalho integrado;
- f) Criação de fóruns para capacitação multiprofissional da saúde.

“Eu tenho uma sugestão! Se pudesse, colocaria um setor de arquivo morto dentro do próprio hospital. O que a gente tem hoje é uma empresa terceirizada que faz a guarda destes prontuários, e é quase anti-operacional trabalhar com essa empresa. Pois há certa morosidade no transporte dos prontuários. Quando solicito os

prontuários, a empresa dificilmente cumpre a data acordada para entregar estes documentos. A minha sugestão é que os prontuários fiquem mais próximos do hospital, ou na área interna, ou nos arredores, mas que a gente tenha acesso direto. Outra sugestão seria a completude dos dados dos pacientes na hora da busca dos prontuários. Quanto mais completos os dados que me fornecem, com mais rapidez consigo localizar estes prontuários. Seria bom que tivesse um feedback, onde eu pudesse conhecer quantos casos e óbitos por câncer houve aqui no hospital em determinado ano, assim como em Recife também! Dessa forma, a gente teria uma visão geral né? Muitas vezes o pessoal que faz a pesquisa fica numa salinha ou no consultório fazendo coletando os dados e depois vão embora. Seria importante realizar um trabalho integrado, principalmente neste momento do uso de tecnologias em informação; além disso, seria muito bom que houvesse a criação de fóruns multiprofissionais com diversos setores que envolvidos com o tema câncer pra que pudesse abranger a todos os profissionais.”

Discussão

Historicamente, os Registros de Câncer de Base Populacional têm sido relevantes nos programas de controle do câncer. Suas informações são utilizadas para a pesquisa epidemiológica sobre fatores determinantes do câncer, planejamento, implantação de serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento e avaliação de intervenções.⁷

A aceitabilidade está intimamente ligada à disposição dos profissionais e instituições, assim como a percepção dos eventos sob vigilância, do reconhecimento das contribuições individuais ao sistema e do tempo requerido para elaborar os relatórios.⁴

Embora não existam parâmetros específicos na literatura que definam as taxas ideais de participação em estudos de avaliação de atributos de sistemas de vigilância, principalmente em se tratando de atributos qualitativos, destaca-se que a proporção de recusa para esse estudo foi relativamente pequena (15,78%), sendo um fator favorável para a aceitabilidade.

Os participantes da pesquisa procediam de distintas áreas de formação, porém atuavam em setores semelhantes, cuja rotina de trabalho implicava na administração dos prontuários/informações médicas e laboratoriais. Devido à

heterogeneidade da formação destes profissionais, alguns tiveram dificuldades em responder às questões relacionadas à Vigilância do Câncer.

No entanto, a maioria dos entrevistados mencionou algum conhecimento acerca do RCBP. A presença de expressões como diagnóstico, estimativas, planejamento e conscientização constituiu o discurso dos participantes, contribuindo para a aceitabilidade do sistema.

Em geral, a aceitabilidade de um sistema de vigilância está vinculada à importância do problema e à interação do sistema com os órgãos de saúde e a sociedade em geral, como a participação das fontes notificantes e sua retroalimentação.⁹

A maioria dos participantes referiu não ocorrer atraso na entrega dos prontuários aos profissionais do RCBP. Contudo houve menção a atrasos esporádicos que ocorrem devido à terceirização dos acervos documentais (arquivo morto ou inativo), dificultando o acesso a estes documentos.

Escosteguy¹⁰ durante seu trabalho relata que o prontuário é um instrumento de registro do processo e resultado dos cuidados prestados, o que está diretamente relacionado à qualidade da informação gerada pelos sistemas.

O prontuário de saúde do paciente é a principal fonte de informação e também aquela que, prioritariamente, deve ser usada para o seguimento de tumores. Contudo, é fundamental identificar, no conjunto de formulários e documentos que compõem o prontuário, quais devem ser avaliados para resgate das informações, entre eles: as folhas de evolução clínica, os resultados de exames, as folhas de parecer e a cópia de atestado de óbito.¹¹

Em alguns hospitais, por limitação de espaço físico, os prontuários que não estão sendo frequentemente utilizados podem ser transferidos para outras áreas, em especial os prontuários inativos (por óbito ou alta), criando um arquivo auxiliar denominado arquivo inativo, mais conhecido como arquivo morto. Se os arquivos intermediários e inativos estiverem localizados em ambiente físico diferente do arquivo ativo, pode haver dificuldade no acesso a esses prontuários, seja pela dificuldade de localizá-los ou decorrentes da necessidade de transportá-los.¹¹

Esta é uma questão pouco valorizada e que, no entanto, pode resultar em motivo de atrito e descontentamento por parte da equipe de pessoas que trabalham no arquivo, aflorada pela sobrecarga de trabalho e, no outro lado, pelo grupo de

registradores que não são atendidos em sua demanda de prontuários para análise, o que resulta na redução da produção.¹¹

A maior parte dos entrevistados afirmou contribuir para o auxílio à pesquisa do câncer. Contudo, esta contribuição foi significada pelos participantes de forma fragmentada ou até limitada. Embora colaborem de forma indireta, não conseguem visualizar a vigilância do câncer em toda sua abrangência, assim como o próprio contexto onde as atividades são desenvolvidas.

Conforme o estudo de Silva e Tavares-Neto¹², há um alerta para o fato de que o prontuário, além de ser do paciente e do médico, é um elemento fundamental no gerenciamento hospitalar, para o bom atendimento e como um instrumento de educação permanente e de pesquisa.

Não se deve perder de vista que a informação em saúde é o esteio para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças. São também de interesse dados/informações produzidos extra-setorialmente, cabendo aos gestores do Sistema a articulação com os diversos órgãos que os produzem, de modo a complementar e estabelecer um fluxo regular de informação em cada nível do setor saúde.¹³ A partir dos registros e de dados fidedignos, é possível realizar análises que são bases para uma adequada tomada de decisão gerencial e assistencial.¹⁴

Um dado importante do estudo foi o grande número de entrevistados que nunca participou de capacitações relacionadas à Vigilância do Câncer, fator que pode comprometer a aceitabilidade. Contudo, sabe-se que a implementação de ações de vigilância depende de estímulos e determinações de níveis hierárquicos superiores para serem efetivadas. Nesse contexto, além de treinamentos contínuos para esses profissionais, a retroalimentação do sistema deve ser adotada como prioridade, para que as fontes notificadoras do câncer se reconheçam como parte integrante do sistema de vigilância.

Nos depoimentos, sugestões foram pontuadas para a melhoria da interlocução entre os profissionais das fontes notificadoras e os que trabalham no RCBP, dentre elas a importância da completude das variáveis que necessitam ser registradas nas fichas durante uma investigação de rotina, a fim de que a localização dos prontuários ocorra de forma ágil e não ocorra perda de casos, contribuindo para

que as informações geradas, sejam efetivas e colaborando para a maior e melhor aceitabilidade do sistema.

É fundamental que ocorra retorno das informações provenientes das pesquisas realizadas nos prontuários, a fim de que os profissionais das fontes notificadoras fiquem avisados sobre a situação das neoplasias no município estudado, e se sintam co-responsáveis pela constituição destas informações. É basilar a articulação entre os componentes e seus processos de trabalho, instituições e outras entidades com vistas a alcançar o verdadeiro objetivo da Vigilância em Saúde.

Moraes & Santos¹⁵ assinalam que há insuficiência de recursos humanos qualificados e de equipamentos compatíveis para apoiar o processo de implementação e gerenciamento dos sistemas de informação em saúde. Além disso, em várias esferas da administração pública, é mantida uma política de formulação e desenvolvimento de sistemas de informação não compartilhados, com pouca ou nenhuma articulação entre si.

Apesar da inovação tecnológica, da padronização de rotinas e dos incentivos financeiros, um sistema de informação em saúde não se sustenta sem políticas de gestão da informação e sem a capacitação dos seus profissionais.¹⁶ Portanto é fundamental o aprimoramento técnico-científico destes profissionais com o propósito do empoderamento e reconhecimento da importância de sua contribuição no sistema de vigilância do câncer.

Para Saunders¹⁷ et al. as estratégias adotadas para a melhoria da qualidade da informação foram indispensáveis para obtenção de dados confiáveis no seu estudo, como: realização de treinamento da equipe, reciclagem, supervisão constante, dentre outros. O autor menciona a importância da qualidade da informação como subsídio de planejamento e avaliação de ações e programas de saúde.

Na pesquisa de Kelly e colaboradores⁸ a principal sugestão dos coordenadores do Núcleo de Vigilância Epidemiológica para o alcance de melhorias no sistema de vigilância da dengue no Brasil foi a capacitação permanente dos profissionais envolvidos nessa vigilância.

Para a Fundação Oncocentro¹⁸ de São Paulo, um monitoramento contínuo pode identificar problemas de diversas ordens, tanto na coleta dos dados, como no

entendimento de conceitos e definições ou na própria qualidade do atendimento prestado.

Assim, as bases de informação devem ser permanentemente monitoradas e, conforme indicam Almeida e Alencar ¹⁹, é importante considerar a adoção de técnicas da qualidade da informação, entre outras, para sistemas de informação que possuam boa cobertura.

Há necessidade de avaliações formativas contínuas nos processos de desenvolvimento do RCBP que orientem os profissionais envolvidos – direta e indiretamente – com o sistema, quanto aos ajustes e correções a serem realizados, aos aspectos positivos e negativos da sua implementação e ao seu impacto nos processos de trabalho da vigilância do câncer.

Entre as limitações do estudo, apontam-se as dificuldades em responder às perguntas relacionadas à vigilância do câncer, assim como o número reduzido de estudos realizados sobre este tema, dificultando o aporte teórico do trabalho.

Nessa conjuntura, conclui-se que a maioria dos discursos analisados a partir da percepção dos entrevistados, qualificou o sistema de vigilância do câncer como aceitável, em função da disposição que estes profissionais demonstraram na disponibilização de dados para a vigilância das neoplasias, apesar dos entraves apontados pelos entrevistados. Faz-se necessária uma contínua capacitação dos profissionais envolvidos nas rotinas da vigilância do câncer.

As neoplasias impõem grandes desafios aos profissionais de saúde, por sua magnitude e pela crescente ocorrência de casos e óbitos. A contínua avaliação da aceitabilidade como um dos atributos do sistema de vigilância do câncer é fundamental, bem como a realização de outros estudos epidemiológicos que forneçam evidências capazes de contribuir para a melhoria das atividades relacionadas ao aprimoramento do sistema, assim como para a melhoria da vigilância e monitoramento das neoplasias.

Agradecimentos

Aos profissionais do Registro de Câncer de Base Populacional do Recife, pelo suporte no decorrer da pesquisa. Aos participantes de cada fonte notificadora, pela contribuição voluntária e participação das entrevistas.

Contribuição dos autores

ALBUQUERQUE, Marcella Maria Barbosa de, CEBALLOS, Albanita Gomes da Costa, SOUTO, Rafaella Queiroga participaram da concepção e orientação da pesquisa, revisão crítica e final do artigo.

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

*ACEITABILIDADE NO REGISTRO DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL DO RECIFE – PE
SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DAS FONTES NOTIFICADORAS*

ROTEIRO PARA ENTREVISTA ESTRUTURADA
PROFISSIONAIS DAS INSTITUIÇÕES NOTIFICADORAS

Pesquisadora: Marcella Maria Barbosa de Albuquerque

Orientadora: Prof. (a): Dra. Albanita Ceballos

Dados Pessoais:

Nome: _____

Formação: _____

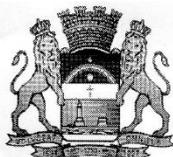
Instituição que trabalha: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

1. Comente sobre seus conhecimentos acerca do Registro de Câncer de Base Populacional e sua importância para ações de planejamento em saúde.
2. Existem dificuldades em relação ao fornecimento dos documentos necessários (aos profissionais que trabalham no RCB do Recife e fazem a busca ativa) para o preenchimento das fichas do RCBP? Se existe, pontue estas dificuldades.
3. Você acredita que este trabalho paralelo ao seu possa dificultar a sua rotina de trabalho?
4. Ocorre atraso na entrega dos documentos para a busca dos dados? Quais são os motivos?
5. Qual a sua contribuição como profissional para a constituição das informações relacionadas às neoplasias (Câncer)?
6. Você já participou de alguma capacitação relacionada à Vigilância do Câncer e o Registro de Câncer de Base Populacional? Caso sua resposta seja negativa, sente necessidade participar de alguma capacitação/course relacionada ao tema (Vigilância do câncer)?
7. Você tem sugestões para melhoria do intercâmbio entre as Instituições Notificadoras e o Registro de câncer de Base Populacional do Recife?

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA



**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Marcella Maria Barbosa de Albuquerque** pesquisadora do Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, a desenvolver pesquisa na Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde - SEVS, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “**Aceitabilidade do Registro de Câncer de Base Populacional do Recife – PE**”, sendo orientada por Albanita Gomes da Costa de Ceballos.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

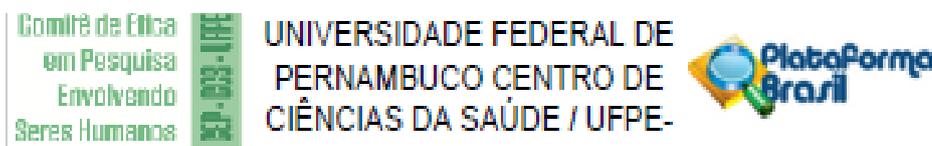
Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 10 de julho de 2015.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro
Chefe de Divisão de Educação na Saúde
Valéria Souza
Chefe de Divisão de Formação
Profissional / SEGTES/SS/PCR
Matricula nº 89.345-5

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACEITABILIDADE DO REGISTRO DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL DO RECIFE - PE

Pesquisador: MARCELLA MARIA BARBOSA DE ALBUQUERQUE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47824415.4.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.214.990

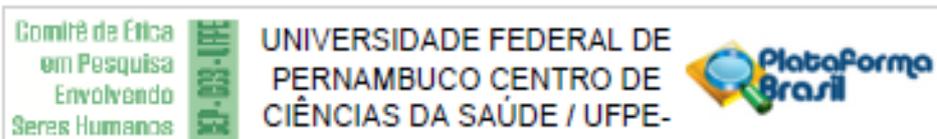
Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de avaliação com delineamento descritivo, do tipo de Inquérito, realizado com dados primários coletados a partir de um questionário estruturado, aplicado aos profissionais de saúde envolvidos com a vigilância do câncer no município de Recife, em 2015. Os dados estudados são referentes ao município do Recife.

A população de referência será representada pelos indivíduos que participam direta ou indiretamente na constituição das informações referentes às neoplasias para o Registro de Câncer de Base Populacional do Recife, assim como os profissionais que trabalham nas Instituições Notificadoras responsáveis pelo fornecimento de dados referentes às neoplasias. São 7 profissionais e 19 Instituições notificadoras. A técnica utilizada será a de observação participante e o instrumento utilizado para a coleta de dados será entrevista individual aberta, com um roteiro de questões centrais relacionadas diretamente com o problema de pesquisa. Este roteiro (APÊNDICE A) norteará a coleta dos dados qualitativos, oferecendo aos Interlocutores a possibilidade de se expressarem sobre o assunto abertamente. Serão aplicados roteiros específicos para cada grupo pesquisado para facilitar a comunicação entre o pesquisador e os atores sociais.

As questões abertas do instrumento de coleta de dados serão gravadas e posteriormente

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2128-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Protocolo: 1.214.990

transcritas, para receberem tratamento descritivo, sendo analisadas a partir da categorização das respostas. Serão incluídos na pesquisa, pessoas maiores de 18 anos, que trabalhem no Registro de Câncer de Base Populacional do Recife, assim como os profissionais responsáveis pela disponibilização das informações referentes às neoplasias que trabalham nas Instituições Notificadoras. Neste estudo, serão excluídos os profissionais que exerçam outras funções que não sejam as de fornecer subsídios para alimentação do Sistema de Vigilância em Saúde do Câncer (Sisbasepop), e sobretudo, aqueles com função ignorada/outras, que poderiam não apresentar competência técnica suficiente para responder aos itens do questionário sobre dados primários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Analisar a Acreditabilidade do Registro de Câncer de Base Populacional do Recife – PE.

Objetivos Específicos

- Analisar a percepção dos profissionais que trabalham na busca ativa de informações relacionadas ao câncer para preenchimento das fichas do Registro de Câncer de Base Populacional acerca da relevância deste trabalho para a constituição de informações relevantes e fidedignas para o planejamento em saúde.
- Analisar a percepção dos profissionais que trabalham nas instituições notificadoras acerca do reconhecimento da sua contribuição no oferecimento de bases técnicas para a prevenção e controle das neoplasias para ações de vigilância em saúde.

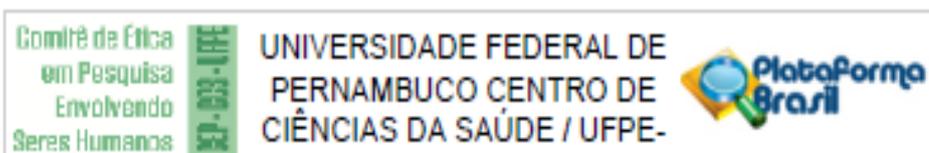
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão satisfatoriamente descritos. Em relação aos possíveis riscos, os autores informaram que poderá ocorrer constrangimento, contudo, como forma de minimizar este risco, os mesmos realizarão as entrevistas sem ambiente reservado e de forma individual. Em relação aos benefícios, a pesquisa delineará a interação do sistema de informação de vigilância do câncer com os órgãos de saúde, assim como a participação das fontes notificadoras e sua retroalimentação contribuindo para o incentivo de ações de educação permanente para os profissionais envolvidos na disponibilização e na busca das informações referentes às neoplasias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema estudado tem sua relevância apresentada pelos autores, os quais justificam que o câncer constitui problema de saúde pública para o mundo respondendo por perda da qualidade de vida, perda da capacidade laborativa, lesões permanentes e óbito, onerando os sistemas de saúde,

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.214.990

correspondendo a segunda principal causa de morte, no Brasil, superada apenas por doenças cardiovasculares.

O Registro de Câncer de Base Populacional é uma importante ferramenta para vigilância e monitoramento das neoplasias.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatórios estão convenientemente apresentados e assinados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as Instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepcca@ufpe.br

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serem Humanos		UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
---	---	---	--

Continuação do Parecer: 1.214.990

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	ROTEIRO.docx	17/06/2015 22:50:32		Acelto
Declaração de Pesquisadores	Curriculo Lattes Orientadora.docx	18/06/2015 23:18:27		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_540167.pdf	08/07/2015 09:31:10		Acelto
Declaração de Pesquisadores	CURRICULO LATTES MARCELLA.docx	12/07/2015 11:20:21		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	12/07/2015 12:29:34		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	12/07/2015 12:30:07		Acelto
Outros	CARTA DE ANUÊNCIA.jpg	14/07/2015 13:28:35		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_540167.pdf	14/07/2015 13:59:43		Acelto
Folha de Rosto	folha de rosto.jpg	04/08/2015 10:10:51		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_540167.pdf	04/08/2015 10:11:31		Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 04 de Setembro de 2015

Assinado por:
Gisele Cristina Sena da Silva Pinho
(Coordenador)

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2128-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGISC**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa Aceitabilidade no Registro de câncer de Base Populacional do Recife- PE sob a perspectiva dos profissionais que trabalham nas fontes notificadoras, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Marcella Maria Barbosa de Albuquerque, com endereço Avenida Simoa Gomes, 701 A, apto 102, Garanhuns – PE, CEP: 55295-480, telefone (81) 98846-4920 e e-mail para contato mmbalbuquerque@hotmail.com. Também participa também desta pesquisa a pesquisadora e Orientadora Dra. Albanita Gomes da Costa de Ceballos com telefone para contato: (81) 98628-1209. Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a aceitabilidade no Registro de Câncer de Base Populacional do Recife- PE sob a perspectiva dos profissionais que trabalham nas fontes notificadoras. A técnica utilizada será a do Discurso do Sujeito

Coletivo e o instrumento utilizado para a coleta de dados será entrevista individual aberta, com um roteiro de questões centrais relacionadas diretamente com o problema de pesquisa. As visitas serão realizadas individualmente, onde será necessária apenas uma visita por participante. Em relação aos possíveis riscos, poderá ocorrer constrangimento, contudo, como forma de minimizar este risco, as entrevistas serão feitas em ambiente reservado e de forma individual. Em relação aos benefícios, a pesquisa delineará a interação do sistema de informação de vigilância do câncer com os órgãos de saúde, assim como a participação das fontes notificadoras e sua retroalimentação contribuindo para o incentivo de ações de educação permanente para os profissionais envolvidos na disponibilização e na busca das informações referentes às neoplasias. Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações e entrevistas), ficarão armazenados em (pastas de arquivo e computador pessoal), sob a responsabilidade do Orientador, no endereço Departamento de Medicina Social, da Universidade Federal de Pernambuco, pelo período de mínimo 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “*Aceitabilidade no Registro de Câncer de Base Populacional do Recife sob a perspectiva dos profissionais que trabalham nas fontes notificadoras*”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data

Assinatura do participante:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

ANEXO D – INSTRUÇÕES PARA SUBMISSÃO DE PERIÓDICOS À EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE

Serão acolhidos manuscritos redigidos no idioma português. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format) ou DOC (Documento do Word), em folha de tamanho A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de rodapé.

Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha-de-rosto

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português e inglês;
- c) título resumido, para referência no cabeçalho das páginas;
- d) nome completo dos autores e das instituições a que pertencem (incluindo departamento), cidade, estado e país;
- e) endereço eletrônico de todos os autores;
- f) endereço completo e endereço eletrônico, números de fax e de telefones do autor correspondente;
- g) informação sobre monografia, dissertação ou tese que originou o manuscrito, nomeando o autor e o ano de defesa, com as respectivas instituições de ensino envolvidas, se pertinente; e
- h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa (incluir número de processo), se pertinente.

Resumo

Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo; Métodos; Resultados; e Conclusão.

Palavras-chave

Deverão ser selecionadas três a cinco, impreterivelmente a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em: <http://decs.bvs.br>).

Abstract

Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: Objective; Methods; Results; e Conclusion.

Key words

Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Resumen

Versão em espanhol do Resumo, contendo as seguintes seções: Objetivos; Resultados; e Conclusión.

Palabras-clave:

Versão em espanhol das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar as seguintes seções, nesta ordem: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; e Referências. Não deverá conter subitens. Tabelas e figuras deverão ser referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Definições e conteúdos das seções:

Introdução – deverá apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – deverá conter a descrição do desenho do estudo, a descrição da população estudada, dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem, os procedimentos de coleta dos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos)

Resultados – síntese dos resultados encontrados, podendo considerar tabelas e figuras, desde que autoexplicativas (ver o item Tabelas e Figuras destas Instruções).

Discussão – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações e literatura científica de

relevância para o tema. O último parágrafo da seção deverá conter as conclusões e implicações dos resultados para a epidemiologia nos serviços de saúde.

Agradecimentos – após a discussão; devem limitar-se ao mínimo indispensável.

Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição específica de dos autores.

Referências – para a citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico adotado pelas Normas de Vancouver; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: ^{7,10-16}); devem vir após a seção Contribuição dos autores. As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto; em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão *et al.* para os demais; os títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações, e o manuscrito fica condicionado ao limite de palavras definidas nestas Instruções; o formato das Referências deverá seguir os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos do ICMJE (disponíveis em: <http://www.icmje.org/>), com adaptações definidas pelos editores.