

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

LUCIA REIS DO NASCIMENTO

**ANÁLISE DO FUNCIONAMENTO DO REGISTRO
HOSPITALAR DE CÂNCER, EM TRÊS CIDADES DO
NORDESTE BRASILEIRO.**

Recife, 2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA



LUCIA REIS DO NASCIMENTO

**ANÁLISE DO FUNCIONAMENTO DO REGISTRO HOSPITALAR DE
CÂNCER, EM TRÊS CIDADES DO NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva do Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco. Área Temática: Registros de Câncer.

Orientadora: Sandra Valongueiro Alves

Recife, 2011

Nascimento, Lúcia Reis do

Análise do funcionamento do registro hospitalar
de câncer, em três cidades do nordeste brasileiro /
Lúcia Reis do Nascimento. – Recife: O Autor, 2011.
xi + 90 folhas: il., fig., quadros; 30 cm.

Orientador: Sandra Valongueiro Alves.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2011.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Câncer. 2. Registros hospitalares. 3.
Avaliação. 4. Estrutura. 5. Processo. I. Alves,
Sandra Valongueiro. II. Título.

614

CDD (20.ed.)

UFPE

CS2011-207



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)
MESTRANDO(A)

LÚCIA REIS DO NASCIMENTO

No dia 13 de julho de 2011, às 08:00h, no Auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública, da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Sandra Valongueiro Alves (Doutor(a) do Hospital das Clínicas da UFPE – Orientador(a)) Membro Interno, Eduarda Ângela Pessoa Cesse (Doutora do Departamento de Saúde Coletiva do CPqAM/FIOCRUZ) Membro Externo e Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, arguíram o(a) mestrando(a) Lúcia Reis do Nascimento, sobre a sua Dissertação intitulada: ***"Análise do Funcionamento do Registro Hospitalar de Câncer, em Três Cidades do Nordeste Brasileiro"***. Ao final da arguição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Prof. Dr. Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo

APROVADA

Profª. Drª. Eduarda Ângela Pessoa Cesse

APROVADA

Profª. Drª. Sandra Valongueiro Alves

APROVADA

Prof. Dr. Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo

Profª. Drª. Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Profª. Drª. Sandra Valongueiro Alves

Primeiramente a Deus e a Espiritualidade amiga pela oportunidade de aquisição dos conhecimentos durante a execução desse trabalho.

Aos meus pais (in memorian), que me ensinaram o caminho da honestidade e do bom senso.

Aos meus filhos, que me apóiam em meus empreendimentos pessoais, compartilhando as vitórias e as dificuldades para alcançá-los.

À minha orientadora Sandra Valongueiro, que teve a paciência necessária, somada à competência profissional.

À professora Luci Praciano, pelas valiosas correções e recomendações na fase inicial do trabalho.

Aos professores Antonio Carlos do Espírito Santo e Eduarda Cesse, pela valiosa contribuição na fase de qualificação do projeto de pesquisa.

A José Moreira, secretário do Mestrado, pelo apoio e prontidão no atendimento às nossas necessidades discentes.

À minha equipe de trabalho da Oncologia pelo apoio, estímulo e competência para superação das dificuldades.

À Dr^a Marilene Araruna, minha chefe, pela compreensão e liberação para as etapas do trabalho em que precisei me ausentar.

Ao Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC), pela oportunidade de tornar realidade um velho sonho de realizar um mestrado.

Aos colegas e professores do Mestrado, que de forma direta ou indireta, me apoiaram na realização deste trabalho.

MUITO OBRIGADA A TODOS!

NASCIMENTO, Lucia Reis. Análise do Funcionamento do Registro Hospitalar de Câncer, em três cidades do nordeste brasileiro. Dissertação (Mestrado em Saúde

Coletiva). Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2011.

RESUMO

O Registro Hospitalar de Câncer (RHC) representa um instrumento indispensável para conhecimento e monitoramento da morbimortalidade por câncer, fornece subsídios para tomada de decisões por parte dos gestores de saúde em todos os níveis, porém pouco se sabem sobre as condições de funcionamento desses registros no Brasil, principalmente os da rede pública de saúde. Trata-se de um estudo de casos múltiplos, exploratório, descritivo cujo objetivo principal foi avaliar o funcionamento de RHC em três unidades de atenção oncológica no nordeste brasileiro, nas dimensões estrutura e processo, utilizando-se um modelo lógico e uma matriz de indicadores, contemplando a contextualização organizacional, com observação direta e entrevistas com os integrantes dos registros e os diretores das instituições. Os resultados mostram que os três registros de câncer apresentavam diversos pontos críticos, relacionados à *estrutura* e *processo*, que comprometiam seu funcionamento. Na dimensão *estrutura*, todos os registros funcionavam em espaço físico compartilhado com outras atividades, apenas um registro tinha funcionários e equipamentos exclusivos e nenhum tinha rotinas internas escritas, registro das atividades e Comissão Assessora. Destacaram-se a falta de suporte das coordenações estaduais e da informática do hospital e a falta de recursos financeiros destinados à manutenção dos registros. Na dimensão *processo*, não havia verificação de inconsistências na coleta e digitação dos dados, as equipes não tinham conhecimento sobre a cobertura dos registros e não havia qualquer publicação dos resultados dos RHC, nem utilização das informações no planejamento dos hospitais. O funcionamento dos três registros estudados foi classificado como incipiente.

Palavras-chaves: câncer; registros hospitalares; avaliação; modelo lógico; estrutura; processo.

ABSTRACT

The Hospital Cancer Registry (HCR) is an indispensable tool for knowledge and

monitoring of morbidity and mortality from cancer, may provide insights for decision-making by health managers at all levels, but little is known about the working conditions of those records in Brazil, especially of the public health system. This is a multiple case study, exploratory, descriptive, whose main objective was to evaluate the functioning of the HCR in three units of cancer care in northeastern Brazil, the dimensions structure and process, using this model logical and an array of indicators, covering the organizational context, with direct observation and interviews with members of the records and the directors of institutions. The results show that the three cancer registries had several critical points related to structure and process, which compromised its operation. In the dimension structure, all records worked in space shared with other activities, officials had only one record and unique equipment and had no internal routines written record of activities and Advisory Committee. The highlights were the lack of support of state coordinators and the hospital computer and lack of financial resources for the maintenance of records. In the process dimension, there was no verification of inconsistencies in data collection and data entry, the teams were unaware of the coverage of the records and there was no publication of the results of HCR, or use of information in the planning of hospitals. The operation of the three records studied was classified as incipient.

Key words: cancer, cancer registries, evaluation, logic model, structure, process.

Lista de tabelas

		Pág.
Tabela 1.	Plano de análise de Registro Hospitalar de Câncer (RHC), a partir do Modelo Conceitual de Donadebian.	33
Tabela 2	Matriz para julgamento do funcionamento dos Registros de Câncer em relação a critérios de <i>estrutura</i> .	39
Tabela 3	Matriz para julgamento do funcionamento dos Registros de Câncer em relação a critérios de <i>processo</i> .	40
Tabela 4	Resultados alcançados pelos RHC, segundo as dimensões de <i>estrutura</i> e <i>processo</i> .	55

Lista da figuras

		Pág.
Figura 1	Modelo Lógico do Registro Hospitalar de Câncer	24
Figura 2	Representação Gráfica da Condução do Estudo	26

Lista de quadros

		Pág.
Quadro 1	Diferenças conceituais entre os registros de câncer de base hospitalar e os de base populacional	14
Quadro 2	Hospitais com Registros Hospitalares de Câncer na Região Nordeste (atualizado em junho de 2009)	15
Quadro 3	Protocolo de observação aplicado para os registros, decorrente da observação direta no local do estudo de caso.	31
Quadro 4	Matriz de critérios e padrões para na análise de funcionamento do Registro Hospitalar de Câncer em três cidades do Nordeste brasileiro.	36
Quadro 5	Resultados da observação direta realizada nos locais do funcionamento dos registros de câncer.	51

Lista de Abreviaturas

APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
CACON – Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
IACR – International Association Cancer Registration
INCA – Instituto Nacional do Câncer
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PAV – Programa de Avaliação e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco
RCBP – Registro de Câncer de Base Populacional
RHC – Registro Hospitalar de Câncer
SIA-SUS – Sistema de Informação Ambulatorial
SIH-SUS – Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISCAM – Sistema de Informações de Câncer da Mulher
Sis-RHC – Sistema de Registro Hospitalar de Câncer
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UICC – International Union Against Cancer
UNACON – Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

Pág.

1. INTRODUÇÃO.....	1
1. REFERENCIAL TEÓRICO.....	5
2.1. Registros de Câncer no Brasil.....	7
2.2. Fontes específicas e inespecíficas sobre câncer no Brasil.....	10
2.3. Fundamentação legal para os Registros de Câncer.....	11
2.4. Aspectos dos Registros de Câncer de Base Hospitalar e de Base Populacional	12
2.5. Hospitais com Registro de Câncer na Região Nordeste.....	14
3. PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS.....	18
3.1. Geral.....	18
3.2. Específicos.....	18
4. PERSPECTIVA METODOLÓGICA E MÉTODOS	19
4.1. Tipo de Estudo.....	19
4.2. Construindo o Modelo Lógico.....	23
4.3. Condução do Estudo.....	25
4.4. Seleção dos Casos e Sujeitos do Estudo	27
4.5. Técnicas e Instrumentos de Coletas de Dados	28
4.5.1. Entrevistas.....	29
4.5.2. Observação Direta com Check List	30
4.6. Validade Interna e Externa.....	31
4.7. Plano de Análise.....	32
4.7.1. Técnicas de Análise.....	34
4.7.2. Critérios e Padrões.....	34
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	37
6. RESULTADOS.....	38
6.1. Hospital de Recife.....	40
6.1.1. Dimensão Estrutura.....	40
6.1.2. Dimensão Processo.....	42
6.1.3. Aspectos Contextuais.....	44
6.2. Hospital de Campina Grande.....	44
6.2.1. Dimensão Estrutura.....	44
6.2.2. Dimensão Processo.....	46
6.2.3. Aspectos Contextuais.....	47
6.3. Hospital de Maceió.....	48
6.3.1. Dimensão Estrutura.....	48
6.3.2. Dimensão Processo.....	49

6.3.3. Aspectos Contextuais.....	49
6.4. Análise Integrada dos Casos.....	50
6.5. Utilizando a Matriz de Julgamento.....	53
7. DISCUSSÃO.....	55
8. CONCLUSÃO.....	60
9. RECOMENDAÇÕES.....	63

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE B – Instrumento para coleta dos dados com os Registradores e Coordenadores dos Registros de Câncer

APÊNDICE C – Instrumento para coleta dos dados com os Diretores dos Hospitais

ANEXO A – Questionário do Instituto Nacional do Câncer

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

ANEXO C – Carta de Anuência dos Diretores dos Hospitais

1. INTRODUÇÃO

A partir da metade do século XX, a população brasileira tem experimentado intensas transformações, no que diz respeito às condições de saúde, em função de conquistas associadas ao progresso tecnológico, como melhoria dos sistemas de saneamento e combate a doenças transmissíveis, aumento na expectativa de vida ao nascer e envelhecimento da população (MEDICI & BELTRÃO, 1995; CARVALHO, 2008).

A modificação neste perfil de saúde da população, em que as doenças crônicas e suas complicações são prevalentes, resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, dado à necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento dessas doenças. Nesse contexto, percebe-se um considerável aumento do número de casos de câncer (IACR, 1997) e, de acordo com as estimativas, “54% dos 11 milhões de casos anuais de câncer no mundo ocorrem em países menos desenvolvidos”, sendo que das “6,7 milhões de mortes por ano, estimada globalmente”, cerca de 60% estão nos países em desenvolvimento (VALSECCHI & STELIAROVA-FOUCHER, 2008 p.159).

O câncer é responsável por mais de 12% de todas as causas de óbito no mundo: cerca de 7 milhões de pessoas morrem anualmente em decorrência da doença (GUERRA, 2005). Como a esperança de vida no planeta tem melhorado gradativamente, a incidência de câncer, estimada em 2008 em 11 milhões de casos novos, alcançará mais de 15 milhões em 2020, de acordo com a previsão feita, em 2005, pela International Union Against Cancer – UICC (BRASIL, 2006).

As características biológicas e comportamentais dos indivíduos, bem como as condições sociais, ambientais, políticas e econômicas que os rodeiam influenciam diretamente o risco do acometimento por câncer. Além disso, a relação entre incidência e mortalidade por câncer vêm se alterando nas últimas décadas em função dos avanços obtidos nos recursos de diagnóstico precoce e tratamento efetivo dos tumores.

Barreto & Carmo (2001), analisando as tendências de hospitalização por grupo de causas no Brasil, a partir dos dados do Sistema de Internação Hospitalar (SIH-SUS) destacam que as neoplasias tiveram uma participação média anual de “3% do total das internações até final da década de 1990, com crescimento constante nos anos seguintes e, em 2006, já representava 5,4% das internações (p. 1783). Em relação à mortalidade, os autores afirmam que, no mesmo período, os óbitos por neoplasias apresentaram um crescimento de 11%, configurando-se na terceira causa de morte, por causas definidas, na população brasileira.

No Brasil, observa-se marcante heterogeneidade da morbimortalidade por câncer entre suas regiões geográficas (OTERO, 2007). De acordo com o INCA, a mortalidade por câncer entre homens e mulheres, no período de 2000 a 2007, foi de 13.1/100mil no Brasil, 5.5/100 mil no Nordeste e 7.1/100mil no estado de Pernambuco (BRASIL, 2009).

As estimativas, para o ano de 2010 apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer no Brasil. Serão 236.240 casos novos para o sexo masculino, tendo como os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma (53 mil casos novos), os cânceres de próstata (52 mil) e de pulmão (18 mil), estômago (14 mil) e cólon e reto (13 mil). Para o sexo feminino espera-se 253.030 casos novos, com maior incidência dos cânceres de mama (49 mil casos novos), do colo do útero (18 mil), cólon e reto (15 mil) e pulmão (10 mil), à exceção, também, do câncer de pele do tipo não melanoma (60 mil), acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada para a América Latina (BRASIL, 2009).

No Nordeste, são esperados cerca de 40 mil casos novos de câncer entre pessoas do sexo masculino e 48 mil entre as do sexo feminino. Estima-se ainda, que o câncer de pele do tipo não melanoma (em torno de 30 mil casos novos) seja o mais incidente nesta região, seguido pelos tumores de próstata (12 mil), mama feminina (8 mil), cólon e reto (3 mil), pulmão (4 mil), estômago (3 mil) e colo do útero (5 mil) (BRASIL, 2009).

Neste cenário, recursos e esforços devem ser direcionadas para orientar as estratégias de prevenção e controle do câncer em todos os níveis de atenção à saúde, além da vigilância do câncer e dos seus fatores de risco, formação de recursos humanos, comunicação e mobilização social, pesquisa e gestão do SUS.

Isto pressupõe “informações de qualidade sobre sua distribuição, incidência, mortalidade e de sobrevida dos grupos populacionais” (BRASIL, 2009), permitindo uma melhor compreensão sobre seus determinantes; contribuindo com a formulação de hipóteses causais, com a avaliação da tecnologia aplicada à prevenção e ao tratamento. Branco, em 1998, já afirmava que:

“a finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento” (BRANCO, 1998, p.68).

Na atualidade, as informações em saúde são armazenadas no Departamento de Informática do SUS – DATASUS, por meio de diferentes subsistemas de informação: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN, Sistema sobre Internações Hospitalares – SIH-SUS e Sistema de Informação Ambulatorial – SIA-SUS. Isto permite a disponibilização, em nível nacional, de grandes bancos de dados.

Informações sobre mortalidade vêm sendo utilizadas ao longo dos anos como principal fonte para compreender o perfil epidemiológico das populações. Em relação às neoplasias malignas, porém, o uso das informações sobre óbito por si só “não permite o entendimento real da magnitude do problema, pois existem diferenças entre os tipos de câncer em função da letalidade e sobrevida” (BRASIL, 2007 p. 865), o que reforça a necessidade de se monitorar a incidência das neoplasias por meio de registros específicos (BRASIL, 2005).

Hoje, as estimativas dos casos de neoplasias no Brasil ainda são fundamentadas, basicamente, no Sistema de Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). O Instituto Nacional do Câncer - INCA (BRASIL, 2001) ressalta que, a epidemiologia e a vigilância do câncer devem ser realizadas por meio da implantação, acompanhamento e aprimoramento dos Registros de Câncer (de base populacional e de base hospitalar), para as ações de prevenção e controle das doenças neoplásicas (www.inca.gov.br/vigilancia).

O Registro Hospitalar de Câncer (RHC), portanto, representa uma ferramenta fundamental para se conhecer e monitorar a morbimortalidade, de base hospitalar, por câncer. No entanto, não foram encontrados estudos de avaliação das reais condições de funcionamento dos registros hospitalares de câncer no Brasil, principalmente aqueles que fazem parte da rede pública de saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Sistema de Informação em Saúde - SIS como um conjunto de componentes que atuam de forma integrada, por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão dos dados pertinentes aos serviços, transformando-os em informação para aqueles que planejam, financiam, provêm e avaliam os serviços de saúde (FIOCRUZ, 1998).

Associação Internacional de Registros de Câncer (IACR), fundada em 1966 como um centro especializado em pesquisa de câncer da Organização Mundial de Saúde (WAGNER, 1991 p.6), tem a missão de promover as atividades de registros de câncer em todo o mundo (IACR, 1991), através do intercâmbio internacional de informações entre os Registros Oncológicos. Além disso, sua principal meta é melhorar a qualidade e a comparabilidade dos dados entre os sistemas de registros de câncer (JENSEN e STORM, 1991). Acredita-se, portanto, que as estimativas de câncer e as estratégias para o controle do câncer estarão plenamente fundamentadas a partir do momento em que os registros hospitalares de câncer estiverem funcionando de acordo com os princípios e métodos preconizados pela IACR.

Abouzahr & Boerma (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” (BRANCO, 1996 p.68) necessários “para estratégia de políticas e alocação de recursos” (ABOUZAHAR & BOERMA, 2005 p.579).

As informações em saúde, portanto, consolidam-se como mecanismos estratégicos do processo de mudanças na maneira de lidar com a saúde/doença/cuidado e tem como maior desafio instrumentalizar o sistema de saúde de uma maior e melhor capacidade de intervenção sobre a realidade sanitária (MORAES & GOMEZ, 2007).

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) devem ser utilizados como instrumentos da gestão (MADELEIN, 2008) priorizando a “informação e o conhecimento como insumos estratégicos” (CUNHA, 2005 p. 2), para atender a resolubilidade das ações de saúde. A incorporação de tecnologias assistenciais é uma realidade no SUS, no entanto, observa-se que as tecnologias gerenciais continuam sendo utilizadas de forma precária nas instituições hospitalares (CUNHA, 2005; MORAES, 2001), onde os dados de saúde produzidos podem e coletados não são utilizados para avaliação das ações e para o planejamento.

Um sistema destinado a captar dados sobre a produção de serviços de saúde pode fornecer relevantes informações epidemiológicas complementares que possibilitam o acesso equânime à qualidade da atenção e à informação. Além disso, potencializa a busca do conhecimento (NOVAES, 1995; BENITO & LICHESKI, 2009), já que permite a identificação de fatores de risco e de grupos de risco bem como a obtenção de indicadores e sua comparação entre diferentes unidades de saúde (OMS, 2000). Lessa (2000) afirma ainda que a adoção de uma abordagem epidemiológica na concepção e gerenciamento de sistemas de informação possibilita uma utilização mais eficiente dos mesmos.

Tomasi et al (2004) ressaltam que existe consenso sobre a utilidade de sistemas de informação em saúde, principalmente na promoção de eficiência nos processos de gestão reconhecendo que os estudos de avaliação do impacto dessas tecnologias sobre os indicadores de saúde e qualidade de atendimento ainda são raros. Perceberam ainda, em sua revisão de literatura, que a maioria dos autores concorda que “os efeitos positivos atribuídos à implementação dos sistemas e suas diferentes

aplicações podem ser mantidos durante o uso rotineiro e melhorados através de monitoramento” (TOMASI et al, 2004 p. 871).

O acesso à informação, portanto, é fundamental para definir o papel de fatores de risco e estabelecer prioridades na prevenção, planejamento e gerenciamento dos serviços de saúde. Neste sentido torna-se essencial um sistema de vigilância estruturado que garanta informações sobre a “magnitude e o impacto do câncer e sobre a efetividade de programas de controle” (INCA, 2000).

2.1. Registros de Câncer no Brasil

As primeiras publicações oficiais sobre câncer no Brasil são relativas à mortalidade e foram divulgadas em 1944, no Anuário de Bioestatística, pelo então Ministério de Educação e Saúde. Estas publicações contêm dados referentes ao período 1929 a 1932, oriundos das capitais e, a partir da década de 1940, publicações referentes a casuísticas hospitalares de câncer surgiram em Belém, Curitiba, João Pessoa, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e Ribeirão Preto (MELLO JORGE, 2007).

Em 1957, no Recife, o médico patologista Adonis Reis Lira de Carvalho, professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco iniciou a coleta de dados das neoplasias diagnosticadas no Serviço de Patologia dessa Universidade, o que lhe permitiu a publicação de vários trabalhos (CARVALHO, 1954, 1956, 1960, 1964, 1965). Em 1967 este patologista criou, na UFPE, o primeiro registro de câncer de base populacional, no Brasil. A partir da análise desse banco de dados diversos artigos referentes à incidência e distribuição de vários tipos de câncer foram publicados (CARVALHO, 1967(a,b) 1968, 1969(a,b) 1972, 1978). As atividades desse registro foram interrompidas em 1980 por falta de incentivos e reiniciado em 1995 (OLIVEIRA JÚNIOR & CESSE, 2005).

O Registro de Câncer de São Paulo iniciou suas atividades em 1969 (KLIGERMAN, 2001) sendo, portanto, o primeiro Registro de Câncer de Base Populacional implantado oficialmente (MOURA, 2006) no Brasil. Os registros hospitalares de câncer, propriamente ditos, surgiram a partir de 1980, sendo o primeiro deles organizado pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – SP (1980-1989).

Em 1983, o RHC do Instituto Nacional de Câncer – INCA – iniciou suas atividades apoiado pela 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 vinte e cinco registros hospitalares de câncer no Brasil, até 1999 (KLIGERMAN, 2001).

No ano de 1993, o INCA teve a sua primeira publicação sobre registros de base hospitalar, com dados do próprio Hospital do Câncer e dos Hospitais privados: Araujo Jorge (Goiania), Aristides Maltez (Salvador), Erasto Gaertner (Curitiba) e do Instituto Ofir Loiola (Belém), referentes ao ano de 1990 (MOURA, 2006).

O Registro Hospitalar de Câncer (RHC) busca atender às necessidades da gestão hospitalar, do programa de controle do câncer desenvolvido no hospital e, sobretudo, da pessoa portadora de neoplasia, (BRASIL, 2000). Portanto, é fundamental como subsídio à clínica, no acompanhamento e avaliação das ações de saúde prestadas nessas instituições, inclusive no impacto, ou resultados finais alcançados (INCA, 2010).

O RHC traduz, portanto, o perfil dos pacientes atendidos na rede e a qualidade da assistência prestada em cada unidade hospitalar. Essa avaliação pode ser feita, em razão da sobrevida de cada tipo de câncer, das alternativas terapêuticas conhecidas pela ciência, do estágio em que a doença foi detectada, entre outros fatores. Uma das importantes contribuições das informações dos registros hospitalares para o sistema de informações sobre câncer é ser fonte de dados com qualidade para os registros de base populacional, otimizando o processo de coleta. Assim, as informações

hospitalares podem ser consideradas a primeira etapa desse processo de obtenção de informações, alimentando os dados de base populacional que será um dos alicerces para o cálculo das estimativas (JENSEN e STORM,1991).

A implantação de um Registro Hospitalar de Câncer (RHC) em um país em desenvolvimento é um grande desafio devido às dificuldades a serem superadas para a completude e qualidade de dados (VALSECCHI & STELIAROVA-FOUCHER, 2008). O sucesso dos registros de câncer depende do cumprimento de requisitos básicos, que incluem: apoio local (gestor) e do governo, recursos suficientes, colaboração dos principais fornecedores de dados, hardware e equipamentos de software confiáveis, instalações adequadas, pessoal treinado, e cooperação com outros registros nacionais e internacionais (PARKIN, 1991), além da participação e cooperação de vários setores dentro e fora do Hospital já que o processo de planejamento e implantação interferirá no seu funcionamento, seja na coleta, armazenamento, tabulação, e divulgação de dados.

O RHC tem como finalidade fornecer ao corpo clínico e à administração do hospital, informações sobre o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes diagnosticados e/ou atendidos na unidade, sobre o tratamento e sobrevida desses pacientes de acordo com a fase da doença, protocolos de tratamento, etc. À semelhança dos outros sistemas nacionais de informação o RHC utiliza um instrumento de coleta composto de variáveis sócio demográficas, variáveis relativas à doença (topografia, morfologia, estadiamento), ao tratamento instituído, à sobrevida e ao óbito (causa básica, local de ocorrência, etc). Neste sistema são cadastrados pacientes com diagnóstico anátomo patológico de neoplasia maligna, que tenham sido diagnosticados e/ou atendidos no hospital no qual o sistema está implantado. Para seu funcionamento é necessária ainda a formação de uma Comissão Assessora, composta por profissionais de reconhecida capacitação na área de oncologia e com representatividade na instituição, dos quais são exigidos conhecimentos básicos sobre os objetivos do RHC e os correspondentes processos operacionais (BRASIL, 2000).

Para uniformizar os procedimentos e possibilitar o resgate e a comparação de dados, o referido sistema de informação deve adotar as codificações das neoplasias e seus estadiamentos aceitos internacionalmente, com as devidas adaptações à realidade de cada hospital. A coleta dos dados deve ser feita a partir das fontes disponíveis (prontuários, laudos, declarações de óbitos, etc.), havendo muitas vezes necessidade de comparação entre essas fontes. Após a consolidação desses dados no banco do RHC, torna-se possível proceder ao seguimento e avaliação de pacientes com câncer e da qualidade da atenção que está sendo prestada no serviço. Essas informações coletadas de forma contínua e sistemática serão também usadas pelos Registros de Câncer de Base Populacional – RCBP (BRASIL, 2007).

2.2. Fontes específicas e inespecíficas sobre câncer no Brasil

No Brasil existem várias fontes que possuem informações específicas sobre câncer (MOURA, 2006):

- 1) Sistema de Registros de Câncer de Base Populacional (Sis-RCBP);
- 2) Sistema de Registros Hospitalares de Câncer (Sis-RHC);
- 3) Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia (Apac-Onco) do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), que permite a identificação de pacientes além do registro de um conjunto selecionado de informações sobre as condições dos pacientes submetidos à quimioterapia e a radioterapia.
- 4) Sistema de Informações de Câncer da Mulher (SISCAM), cujo cadastro dos laboratórios que realizam exames de citologia Oncótica permite o registro de dados sobre a mulher, exames e tratamentos realizados, a qualidade da coleta dos exames, etc.

Existem ainda outras fontes (inespecíficas) de informações sobre o câncer:

- a) Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (onde está notificado o câncer como doença de base ou como causa de morte).

- b) Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS (o câncer como causa de internações).

2.3. Fundamentação legal para os Registros de Câncer

O funcionamento dos Registros de Câncer, no Brasil é amparado por uma consistente base legal, tendo sido citado pela primeira vez em 1993 pela Portaria 171/MS, na classificação de hospitais de atendimento oncológico do SUS no Sistema de Informação de Procedimentos de Alta Complexidade – SIPAC. Em 1998, o funcionamento dos RHC já havia sido mencionado na Portaria 3.535/MS, com a regulamentação dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Em 2000, o INCA, dentro do contexto das ações descentralizadas, implantou o Programa de Avaliação e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco (PAV), em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde. Este Programa foi criado com a finalidade de estruturar um sistema permanente de avaliação dos programas de prevenção e controle do câncer; monitorar os processos e avaliar o impacto e impulsionar ações sobre vigilância do câncer, visando integrar as fontes de informação existentes no Brasil sobre esta doença. Para KLIGERMAN (2001) “a atuação do PAV duplicou o número de Registros Hospitalares de Câncer” no Brasil, permitindo disponibilizar uma fonte sistemática de dados, nas unidades hospitalares, sobre a ocorrência do câncer, os recursos utilizados para o seu diagnóstico, estadiamento, tratamento e evolução dos doentes, além de prestar subsídios à pesquisa.

Em 2005, a Portaria SAS/MS nº 741 (19 de dezembro de 2005), redefiniu as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), tornando obrigatória a implantação de Registros Hospitalares de Câncer em todas as Unidades de Atenção Oncológica credenciadas pelo Ministério da Saúde, cujos arquivos eletrônicos dos

dados anuais consolidados deverão ser enviados anualmente ao Instituto Nacional de Câncer para publicação e divulgação de forma organizada e analítica (Art. 5º § único). Também estabeleceu critérios e prazos para implantação ratificando ainda as padronizações técnico-operacionais preconizadas pelo INCA.

A Portaria 2.439/GM/2005 estabelece que a Política Nacional de Atenção Oncológica deva ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios, para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações, permitindo o aprimoramento da gestão e a disseminação das informações, o intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, oferecendo ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, regulação, avaliação e controle das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção Oncológica.

A partir de 2005, o RHC e o RCBP tiveram as tabelas atualizadas para a 3ª Edição da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-03), assim como para a 6ª edição da Classificação dos Tumores Malignos (TNM), publicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela União Internacional para o Controle do Câncer (UICC), respectivamente. Com essas novas versões dos sistemas, a possibilidade de exportação e importação de dados entre o RHC e o RCBP foi incorporada como rotina automatizada para os registros de câncer, permitindo maior agilidade no processamento dos dados e uma redução de custo operacional no trabalho de coleta do RCBP (MIRRA, 2005).

2.4. Aspectos dos Registros de Câncer de Base Hospitalar e de Base Populacional

Apesar da integralidade e complementaridade entre os registros de câncer de base hospitalar e de base populacional, eles possuem objetivos diferentes, suas coletas de dados são realizadas de formas diferentes e os seus resultados são utilizados para

diferentes fins, como ressaltam Valsecchi & Steliarova-Foucher (2008). É preciso reconhecer essas diferenças para compreender a importância do funcionamento complementar dos dois registros em uma região (Quadro 1).

Enquanto os registros hospitalares são excelentes para a gestão hospitalar avaliar as estratégias assistenciais e para investigação clínica e epidemiológica, os registros de base populacional são excelentes em fornecer informações úteis para estudos de causalidade e para definição de políticas de saúde pública. Para as autoras o sinergismo entre estes registros contribui para uma maior compreensão da história natural e do tratamento das neoplasias.

Com o funcionamento pleno do RHC, os gestores do SUS nos três níveis de governo (municipal, estadual e federal) têm à sua disposição poderosa ferramenta de apoio à avaliação, tomada de decisão e planejamento das ações de saúde (BRASIL, 2001). As metas e o padrão de desempenho estabelecido pelo hospital de referência na atenção oncológica devem ser avaliados a partir dos indicadores do RHC, cujas informações podem ser comparativas dentro da própria organização ou com outras organizações (BRASIL, 2001).

A implantação de um Registro Hospitalar de Câncer no Brasil é uma exigência do Ministério da Saúde para a habilitação dos serviços junto ao SUS, no entanto, observa-se que nem todas as unidades habilitadas em assistência oncológica possuem o registro implantado, ou, a sistemática de coleta das informações é precária, comprometendo a análise das informações.

Quadro 1: Diferenças conceituais entre os registros de câncer de base hospitalar e os de base populacional

Aspectos	Registro de câncer de base hospitalar	Registro de câncer de base populacional
Objetivos	Fornecer dados dos pacientes para o corpo clínico e à administração do hospital de atenção oncológica.	Fornecer dados para: avaliação do impacto de câncer na população; avaliação de medidas preventivas; planejamento de cuidados de saúde; avaliação do acesso ao cuidado; estudos de causalidade.
População	Indivíduos diagnosticados e/ou atendidos em um determinado serviço de atenção oncológica.	População definida pela área de residência.
Fontes de dados	Serviços do Hospital; relatórios de autópsia; registros de consulta (prontuário)	Serviços do Hospital; relatórios de autópsia; ambulatorios; declarações de óbito; clínicas em geral; programas de rastreio; seguradoras de saúde; registros de população.
Processo de coleta	Pesquisa no próprio hospital	Notificação; busca ativa nos hospitais de referência; articulação com outras fontes de dados
Saída	Frequências dos tipos de câncer; Estatísticas sobre abandono do tratamento; A sobrevida dos pacientes; Protocolos de tratamento	Incidência; mortalidade; prevalência; sobrevida de base populacional.
Armadilhas	Os resultados não devem ser generalizados para a população geral; Dados demográficos imprecisos; Acompanhamento de longo prazo;	Erros nos dados de diagnóstico; Ausência ou informações incompletas sobre tratamento; Seguintos ausentes ou incompletos.

Fonte: Valsecchi & Steliarova-Foucher, 2008.

2.5. Hospitais com Registro de Câncer na Região Nordeste

Até março de 2009 havia no Brasil 242 unidades credenciadas em atenção oncológica, pelo Ministério da Saúde, com RHC implantado em 176 (73,7%) dessas unidades. Cerca de 30% dessas unidades encaminharam suas respectivas bases de dados para o Integrador RHC do INCA, como estabelece a Portaria SAS/MS nº 741/2005. No nordeste brasileiro havia, neste mesmo período, 40 unidades de saúde habilitadas para atenção oncológica (Quadro 2), sendo que, 29 dessas unidades (72,5%) tinham o RHC implantado e, apenas dois desses registros enviaram, até junho de 2009, suas bases de dados ao INCA (um em Alagoas e outro na Bahia) (PINHEIRO, 2008).

Quadro 2. Hospitais com Registros Hospitalares de Câncer na Região Nordeste (atualizado em junho de 2009)

ESTADO	MUNICÍPIO	UNIDADES HOSPITALARES
ALAGOAS	MACEIÓ	Santa Casa de Misericórdia de Maceió Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes – Maceió
	ARAPIRACA	Hospital Afro Barbosa (Mendes Barbosa Ltda.) - Arapiraca -
BAHIA	SALVADOR	Liga Baiana Contra o Câncer - Hospital Aristides Maltez - Salvador Centro Estadual de Oncologia – CICAN - Ladeira de acesso ao HGE – Salvador Fundação Monte Tabor / Hospital São Rafael - Salvador
		Hospital Santa Isabel - Nazaré
		Hospital Manoel Novaes - Bairro de Fátima
	ITABUNA	Hospital Manoel Novaes - Bairro de Fátima
CEARÁ	FORTALEZA	Irmandade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza - Centro Beneficência Camiliana - Hospital. Cura D' Ars - Instituto do Câncer do Ceará - ICC - Fortaleza
		Santa Casa de Misericórdia de Sobral - Centro
	SOBRAL	Santa Casa de Misericórdia de Sobral - Centro
MARANHÃO	SÃO LUIS	Hospital Aldenora Belo - Centro
PARAIBA	C. GRANDE	UFPB-Hospital Universitário Alcides Carneiro - São José FAP-Fundação Assistência da Paraíba - Bodocongó
	J. PESSOA	Hospital Napoleão Laureano/ Fundação Laureano - Jaguaripe
PERNAMBUCO	RECIFE	Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer - Hospital do Câncer - Sto Amaro CIHOPE – Clínica Infantil de Hematologia e Oncologia de Pernambuco – Aflitos Fundação HEMOPE - Graças Hospital Universitário Oswaldo Cruz – Santo Amaro Hospital das Clínicas – UFPE - Cid. Universitária Hospital Barão de Lucena - Iputinga SEQUIPE – Serviço de Quimioterapia de Pernambuco – Espinheiro
		Centro de Oncologia de Caruaru – Hospital Dr. Mucini - Santa Maria Gorete
	CARUARU	Centro de Oncologia de Caruaru – Hospital Dr. Mucini - Santa Maria Gorete
	TERESINA	Hospital São Marcos - Sociedade Piauiense de Combate ao Câncer – Centro
		Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró – Nova Betânia
	NATAL	Hospital Dr. Luiz Antônio (Liga Norte Rio Grandense Contra o Câncer) – Quintas Instituto de Onco-Hematologia de Natal - Natal
		Centro Oncológico do Hospital João Alves Filho - AVOSOS – Aracaju
SERGIPE	ARACAJÚ	Centro Oncológico do Hospital João Alves Filho - AVOSOS – Aracaju

Fonte: INCA, 2009

Guerra (2005) quando analisa o risco de câncer no Brasil, a partir de estudos epidemiológicos mais recentes considera que há:

“... dificuldade dos registros de câncer existentes no país para manter a coleta de dados continuamente. Na maioria das vezes, estes registros enfrentam problemas estruturais para a sua manutenção, o que pode levar a vieses que se refletirão na análise dos dados das diferentes regiões do país” (GUERRA, 2005 p. 232).

Existe, atualmente, disponibilizado no site do INCA (www.inca.gov.br), um formulário estruturado (Anexo A), para ser acessado e respondido periodicamente pelo coordenador do RHC, porém, as variáveis contidas nesse formulário não permitem a contextualização do funcionamento do RHC e, os resultados obtidos da aplicação desse instrumento, não são compartilhados com o serviço que originou as informações, não havendo retroalimentação da informação.

Todos esses aspectos apontam para a necessidade de uma avaliação da funcionalidade desses registros hospitalares de câncer, considerando que, não há uma avaliação do funcionamento dos RHC no Brasil, principalmente no nordeste, de forma sistematizada e periódica, que permita a realização de ajustes no seu funcionamento e a verificação tanto dos métodos utilizados quanto dos resultados. Além disso, a inexistência de incentivo financeiro próprio para o funcionamento dos registros de câncer nos hospitais da rede pública de atenção oncológica e as dificuldades que historicamente estes hospitais vivenciam, também apontam para a necessidade de analisar as condições de funcionamento de Registros Hospitalares de Câncer em hospitais públicos da região nordeste do Brasil, e a relação entre a estrutura e o processo desses registros.

Um estudo das relações de *estrutura*, de *processo* e de contexto onde está inserido um sistema de informação pode auxiliar ao corpo clínico, aos gerentes e aos formuladores de políticas de saúde, no desenvolvimento de ações que visem à melhoria da qualidade. É importante estabelecer uma análise do conjunto de fatores que influenciam o processo de funcionamento dos RHC de hospitais públicos e mobilizar todas as informações disponíveis para compreender a situação por que passam os registros de câncer desses hospitais, no nordeste. Isto permitirá a identificação das prioridades e contribuirá para a resolução dos problemas, com a participação dos atores envolvidos, a fim de se estabelecer o equilíbrio entre o real e o ideal ou, entre a norma e a práxis, corroborando com Vieira-da-silva e Formigli (1994), quando afirmam que:

“as práticas de saúde podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas” (VIEIRA-DA-SILVA & FORMIGLI, 1994 p. 81).

Neste sentido justifica-se a realização deste estudo, já que um Registro Hospitalar de Câncer em pleno funcionamento permite avaliar a assistência oncológica institucional e construir parâmetros para o planejamento e desenvolvimento de estratégias coerentes com a política nacional do controle do câncer.

3. PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS

O pressuposto teórico para esta pesquisa é que:

- Estrutura e processo influenciam no funcionamento de um Registro Hospitalar de Câncer e este é condicionado pelo contexto organizacional de cada hospital.

3.1. Objetivo Geral

Avaliar o funcionamento de Registro Hospitalar de Câncer em Centros de Atenção Oncológica da rede pública de saúde de três cidades do nordeste brasileiro, através da análise de *estrutura* e *processo* e a influência destes no seu funcionamento.

3.2. Objetivos Específicos

- 3.2.1.** Verificar a adequação da estrutura física, a composição e a qualificação das equipes do RHC.
- 3.2.2.** Caracterizar a articulação do RHC com a Gestão local e a Coordenação Estadual de Registros de Câncer.
- 3.2.3.** Avaliar a cobertura e periodicidade da emissão de relatórios e o uso das informações produzidas, pelos gestores locais.
- 3.2.4.** Caracterizar o contexto de implantação nos diferentes centros de atenção oncológica.

4. PERSPECTIVA METODOLÓGICA E MÉTODOS

4.1. Tipo de Estudo

Foi realizada uma pesquisa avaliativa, de casos múltiplos, de natureza exploratória e descritiva sobre o funcionamento de três registros hospitalares de câncer (RHC), que procurou compreender a intencionalidade dos atores sociais com seus valores, visões de mundo, formas de pensar e de agir, contemplando a contextualização organizacional que regulam o processo de funcionamento do programa (MINAYO, 2006). Para Contandriopoulos et al (1997), existe pertinência neste tipo de avaliação quando há “grande variabilidade nos resultados obtidos por intervenções semelhantes implantadas em contextos diferentes” (p. 44).

Este estudo teve como conceito metodológico básico a análise diagnóstica, que se constitui numa forma de análise compreensiva e interpretativa da realidade (MINAYO & DESLANDES, 2007; 2009), que permitiu explicitar a estrutura, o processo e o contexto organizacional dos três registros hospitalares de câncer estudados.

Do ponto de vista operacional seguimos os princípios da triangulação de métodos que, segundo Bosi (2006), pode ser entendida como “expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho” que integra a análise das estruturas, dos processos, além da compreensão das relações (hierárquicas e técnicas) envolvidas na implementação das ações e a visão que os diferentes autores possuem sobre o programa, “fazendo dele um construto” (BOSI, 2006 p.173). A triangulação de métodos permite ainda, a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista de autores, de técnicas, de estratégias e de métodos ((MINAYO & DESLANDES, 2007; 2009).

Foram realizados, portanto, estudos múltiplos de caso, em três registros hospitalares de câncer de hospitais públicos, com níveis de análise permitindo que as visões dos vários sujeitos sobre o mesmo assunto fossem confrontadas. A avaliação neste tipo de estudo

permite obter uma compreensão ampla de casos complexos, através da descrição e análise do caso como um todo, e do seu contexto, principalmente quando se tem dificuldade para diferenciar se os efeitos atribuídos são decorrentes das características do meio de implantação ou da intervenção em si. Os estudos de casos podem basear-se na interação de evidências quantitativas e qualitativas e uma análise multicêntrica é uma “opção metodológica quando os programas são implantados em várias localizações geográficas com diferentes contextos” (Shea apud HARTZ, 1997).

Foi necessário, para analisar o funcionamento dos registros hospitalares de câncer, compreender *o que* eles se propõem a atingir (ou atingem) e *como* pretendem atingir os objetivos. Uma das maneiras de entender “como” o registro de câncer pretende atingir seus objetivos é entender a teoria do programa. Medina et al (2005) concordam que todo programa ou política é dotado de uma teoria e a avaliação representa o teste desta teoria. A teoria de um programa ou política pública consiste em fornecer uma explicação das seqüências causais que articulam meios e fins gerados pelo programa, ou ainda um modelo plausível de como é esperado que o programa funcione.

Neste sentido, foi elaborado um modelo teórico-lógico, que corresponde a uma *imagem-objetivo* do RHC, a partir do proposto por Hartz et al (1997), ao estudarem a análise de implantação do Programa Materno Infantil em Sistemas Locais de Saúde. Utilizou-se como base a análise documental e informações contidas no manual de Rotinas e Procedimentos do Registro Hospitalar de Câncer do Ministério da Saúde (2000), no Registro de Câncer Princípios e Métodos (1995) e na Portaria Nº 741 (19/12/2005) e, teve-se como referência para apreciação, os componentes de *estrutura* e de *processo*, desenvolvidos por Donabedian (1976).

O modelo teórico-lógico trata de uma série de eventos organizados de forma hierárquica, onde os componentes do programa dispostos em um diagrama apresentam o seu funcionamento teórico. Tendo sido descrito como modelo causal (Beghin et al, 1989, Apud HARTZ, 1999), modelo explicativo ou modelo lógico apresenta vantagens

de possibilitar a ligação do processo aos resultados, através de uma sequência de passos, além de valorizar os efeitos dos componentes com o impacto do programa e tendo ainda o objetivo de proporcionar uma explicação e uma compreensão dos mecanismos implicados na construção dos resultados do programa (HARTZ, 1998; 1999).

A construção de um modelo lógico é uma etapa essencial na avaliação de qualquer programa (HARTZ, 1999) servindo tanto para gerar novos conhecimentos (Beghin et al, 1989, Apud HARTZ, 1999) quanto para organizar e compartilhar conhecimentos e formas de compreensão, fornecendo estrutura de referência para as avaliações (Center for Disease Control and Prevention, 1988). Pode ser aperfeiçoado no decorrer do processo de avaliação, “na busca de uma maior consistência dos resultados obtidos” (COSENDEY, 2000) e considera-se tanto os diferentes contextos que influenciam nos efeitos de um programa, quanto o grau de conformidade entre os pressupostos do modelo e a realidade empírica observada, o que permite fazer um julgamento sobre o seu valor explicativo (DENIS & CHAMPAGNE, 1997).

Na elaboração de um modelo deve estar explicitado o problema, a população alvo, o contexto e os componentes, com uma série de efeitos desejados, “hierarquicamente articulados” (HARTZ, 1999). Na diagramação do modelo pode ainda aparecer a infraestrutura necessária à operacionalização do programa e geralmente estão incluídos os insumos (inputs), as atividades (outputs), os produtos e os efeitos de curto, médio e longo prazo (outcomes) (Center for Disease Control and Prevention, 1999; HARTZ et al, 1997).

O quadro conceitual desenvolvido por Avedis Donabedian (1976; 1992; 1997) é fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultados, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: ‘input-process-output’ (BERTALANFFY, 1975; FERAUCHE, 2006), numa relação onde a *estrutura* influencia o

processo e este nos resultados; teve como base a prática clínica, porém sua adaptação a outros tipos de avaliação é amplamente utilizada. Para Tanaka (1995), a definição das ações a serem desenvolvidas, deve partir da definição de resultados específicos a serem alcançados para os quais se devem pensar as estruturas e processos necessários, e não o contrário.

Neste estudo, para o componente *estrutura* foram selecionados os seguintes critérios: existência de equipe completa e treinada (registrador, coordenador, comissão assessora), nível de conhecimento da equipe sobre a utilidade do RHC no planejamento do hospital, sala destinada exclusivamente para as atividades do RHC, mobiliário exclusivo para as atividades do registro, equipamentos computadores (adequados ao nº de registradores), impressora, telefone, material de consumo, Software do RHC (versão 2.6 instalada e em funcionamento), fichas para coleta de dados, recursos financeiros para manutenção do RHC e normatização que regulamente as ações desenvolvidas pela equipe.

No componente *processo*, os critérios analisados foram: os fluxos estabelecidos para coleta de dados, verificação de inconsistências e fonte dos dados, monitoramento das atividades, pareceres da comissão assessora, reuniões da equipe, treinamento em serviço, envio dos dados (relatório e periodicidade), os critérios de cobertura do RHC, publicação de boletins com informações do RHC, relatórios emitidos desde a implantação do RHC, uso das informações no planejamento (indicadores utilizados), no planejamento da assistência e a utilização das informações pela Comissão Assessora. Tais componentes relativos ao processo do registro de câncer estão descritos em POWELL (1991), SKEET (1991) e YOUNG (1991).

Os elementos contextuais contemplaram a participação e tipo de apoio da gestão estadual, as mudanças de atores locais, colaboração dos profissionais dos setores fontes de dados, além de dificuldades e facilidades relatadas.

4.2. Construindo o Modelo Lógico

A construção de um modelo lógico por vezes é difícil, como ressaltam Medina et al (2005), pois os programas objetos de estudo geralmente são parte de uma política governamental, onde as diretrizes e estratégias não são claramente definidas, além de serem permeadas por lacunas e contradições conseqüentes da necessidade de serem implantadas prontamente, mesmo “antes da conclusão de seu desenho” (p. 49) e do estabelecimento de um consenso sobre objetivos e prioridades. Para o presente estudo, o modelo lógico do Registro Hospitalar de Câncer foi elaborado com base nas informações contidas nos seus documentos oficiais (BRASIL, 1991; IACR,1995; BRASIL, 2000) e no questionário disponibilizado no site do INCA, direcionado aos coordenadores desses registros. Esses documentos permitiram a seleção dos componentes estrutura e processo, contemplando um conjunto de ações programáticas com diversas atividades normatizadas ou implícitas no cotidiano dos registros.

Ao modelo lógico do RHC construído neste estudo (Figura 1) foram incorporados os sub componentes específicos relacionados aos componentes: *estrutura e processo*. A *estrutura* refere-se aos recursos disponíveis, tais como espaço físico, equipamentos, insumos, financiamento e equipe qualificada e em quantidade suficiente. O *processo* descreve o desenvolvimento de competências relacionadas com a coleta e a melhoria da qualidade dos dados, documentação e rotinas, a cultura de cooperação dos setores do hospital, a atuação da comissão assessora, emissão de relatórios, utilização das informações no planejamento da assistência (pelo corpo clínico) e no planejamento administrativo da atenção oncológica do hospital.

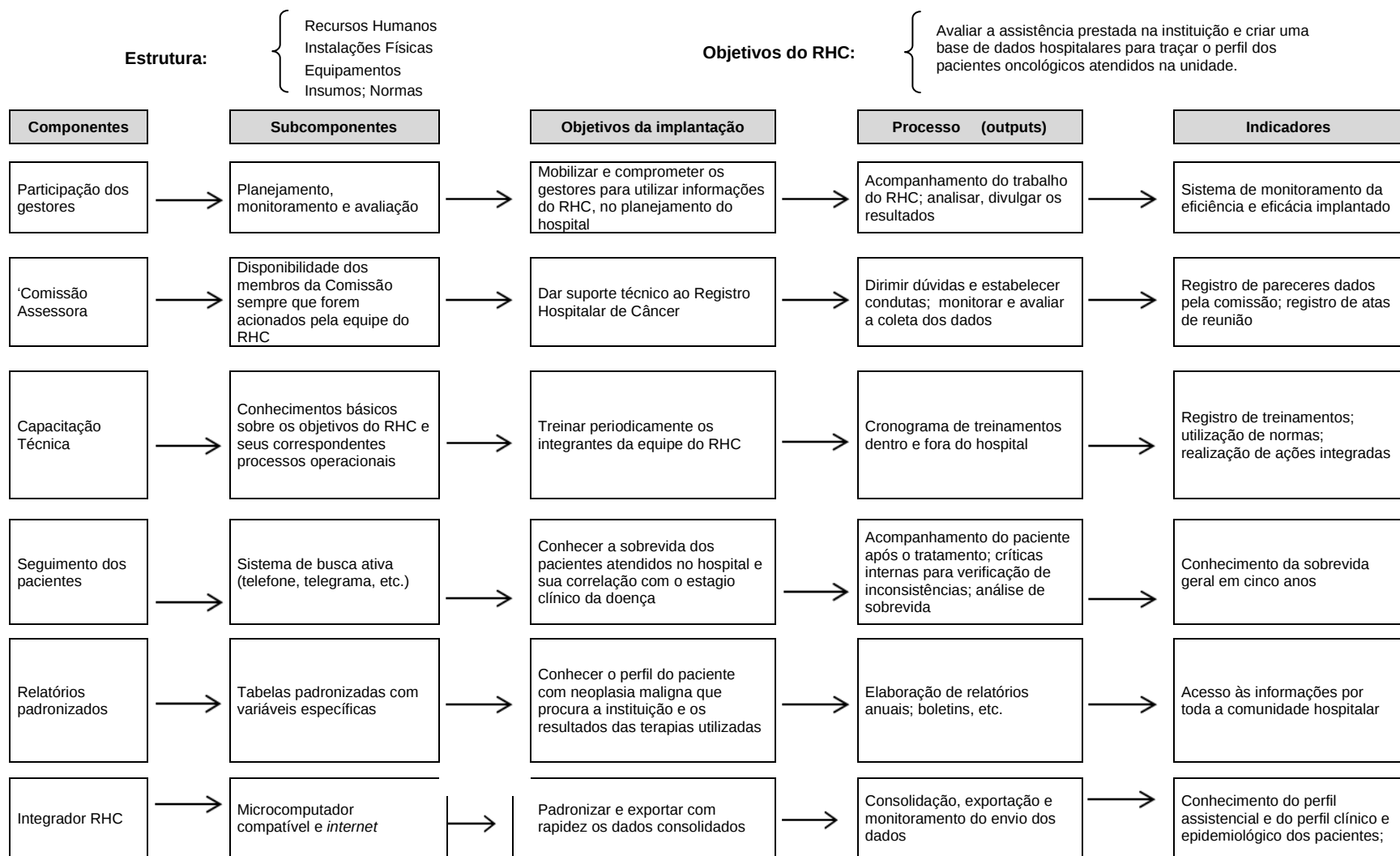


Figura 1. Modelo Lógico do Registro Hospitalar de Câncer

Fonte: Adaptado de Hartz, 1997.

4.3. Condução do Estudo

A estratégia de condução desta pesquisa foi norteadada pelo conceito de Yin (2001, p.32) que define estudo de caso como investigação de “um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto de vida real quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Tal estratégia procura estudar o conjunto das variações produzidas de modo natural em um determinado meio (YIN, 1993; HARTZ, 1997), baseando-se “em várias fontes de evidências” e tendo a coleta e a análise dos dados beneficiadas pelo “desenvolvimento prévio de disposições teóricas” compreendendo tanto a lógica do planejamento quanto abordagens específicas de coleta e análise dos dados (YIN, 2001, p.33).

O modelo representado na Figura 1 esclarece o sentido das dimensões do estudo, seguindo um caminho de ordenação lógica de suas diferentes etapas compreendendo a fase de preparação, onde estão contidos o desenvolvimento da teoria, a seleção dos casos e a elaboração do desenho do estudo e a operacionalização da pesquisa desde a coleta de dados, a análise através do confronto teórico com a situação encontrada, até a conclusão da avaliação e as recomendações pertinentes aos gestores em nível local e em nível estadual.

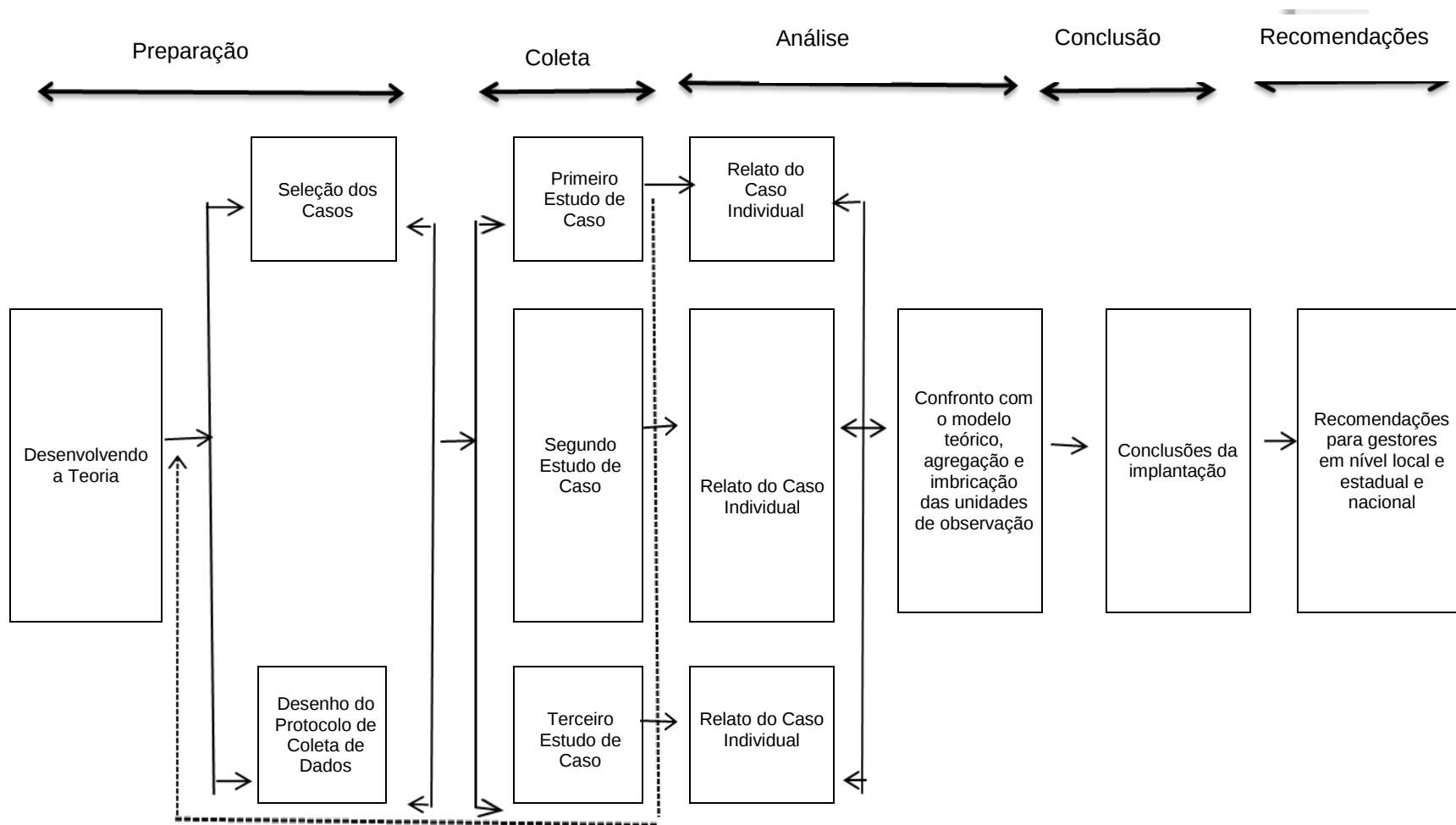


Figura 2. Representação Gráfica da Condução do Estudo

Fonte: Adaptado de Yin, 2001.

4.4. Seleção dos Casos e Sujeitos do Estudo

Das vinte e nove unidades habilitadas em atenção oncológica na região nordeste com RHC implantados, 7 são unidades públicas e 22 são unidades privadas. Foram definidos como critérios de inclusão os Registros de Câncer de instituições públicas com funcionamento mínimo de quatro anos, tomando como base as responsabilidades e atividades preconizadas na Portaria Ministerial Nº 741 de 2005 (que estabelece um prazo de doze meses a partir da sua data de publicação para implantação dos RHC) e os Manuais de Registros de Câncer. Foram escolhidas três das sete instituições públicas do nordeste com RHC implantados que apresentaram as seguintes características: (a) ser hospital público localizado na região nordeste; (b) estar habilitado em atenção oncológica, classificados como CACON; (c) ter o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) implantado há pelo menos quatro anos.

Após a identificação dos registros de câncer que atenderam aos critérios de inclusão, procedeu-se à escolha das cidades no nordeste do Brasil, por conveniência da pesquisadora por terem proximidade geográfica com seu domicílio, o que lhe proporcionou menores gastos com deslocamentos e menor tempo para coleta dos dados. Sendo assim foram selecionadas as cidades de Recife (Hospital Universitário Oswaldo Cruz), de Campina Grande (Hospital Universitário Alcides Carneiro) e de Maceió (Hospital Universitário Alberto Antunes). Dois desses hospitais pertencem à esfera administrativa federal e um pertence à esfera administrativa estadual.

Hospital Universitário Oswaldo Cruz tem 125 anos de existência e é referência no Norte e Nordeste do país em procedimentos como transplantes de fígados e no tratamento de doenças infecciosas e em oncologia infantil e adulto. O Hospital Universitário Alcides Carneiro foi fundado em 1950, sendo hoje referência em ortopedia, oncologia, cirurgias, diabetes, hepatite. O Hospital Universitário Alberto Antunes, fundado na década de 60 é hoje referência em nefrologia, medicina nuclear, oncologia, cirurgia geral, neurocirurgia.

Esses hospitais são habilitados pelo Ministério da Saúde para prestação de assistência em oncologia e são classificados como CACON.

Os sujeitos do estudo foram constituídos de membros das equipes integrantes dos RHC (coordenadores e registradores) e diretores dessas instituições que, após concordarem em participar do estudo e assinarem do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A) foram entrevistados pela pesquisadora a partir de um roteiro semi estruturado, direcionado a cada integrante de acordo com suas funções, contemplando aspectos relacionados à estrutura e ao processo do Registro Hospitalar de Câncer, bem como a ocorrência de eventos que influenciam na sua operacionalização. Baseando-se no modelo lógico foi construída uma matriz de julgamento, na qual foram elencados critérios/indicadores para cada sub componente (Tabela 1) e foram elaborados os roteiros das entrevistas, que foram realizadas com esses profissionais nas próprias Unidades, durante o horário do expediente de acordo com a disponibilidade dos entrevistados.

4.5. Técnicas e Instrumentos de Coletas de Dados

No estudo foram utilizadas como técnicas de coleta, entrevista e observação direta obedecendo a um *check list*, o qual contemplou aspectos relativos à estrutura e ao processo, corroborando com Yin (2001), quando afirma que:

“O uso de várias fontes de evidência nos estudos de caso permite que o pesquisador dedique-se a uma ampla diversidade de questões históricas, comportamentais e de atitudes... qualquer descoberta ou conclusão em um estudo de caso provavelmente será muito mais convincente e acurada se basear em várias fontes distintas de informação...”
(Yin, 2001, p. 121)

4.5.1. Entrevistas

Foi eleito o modo não estruturado de entrevista, que se utiliza de um roteiro condutor, e não de um questionário com perguntas pré-definidas, ampliando assim o caráter exploratório do estudo e valorizando a presença do investigado e permitindo maior liberdade e espontaneidade no diálogo por parte do entrevistado. Seguiu-se um roteiro específico de acordo com o perfil do entrevistado, obedecendo aos temas de interesse para a pesquisa. As entrevistas foram conduzidas pelo próprio pesquisador e registradas integralmente em gravador digital e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora. As transcrições foram armazenadas em editor de texto Microsoft Word®, perfazendo um total de 27 páginas em espaço simples, fonte Arial tamanho 12.

A partir do modelo conceitual de Donabedian (1992) foi elaborado um plano de análise (Tabela 1), norteando o detalhamento do roteiro das entrevistas que possibilitou uma interação entre o pesquisador (entrevistador) e os sujeitos (entrevistados) com base na situação a ser trabalhada, além de haver permitido a coleta do testemunho integral do entrevistado. De acordo com Minayo (1999) a entrevista é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo e, através deste instrumento o pesquisador colhe informações contidas nas narrativas dos atores selecionados. A entrevista não significa uma conversa despretensiosa, uma vez que se insere como meio de coleta dos relatos dos atores, enquanto sujeito-objeto, os quais vivenciam uma realidade que está sendo focalizada.

O roteiro dirigido para entrevistas com os registradores e coordenadores dos registros analisados (Apêndice B) procurou identificar os seguintes aspectos: estrutura física, qualificação da equipe, fluxos das informações, periodicidade da coleta e digitação dos dados, dificuldades cotidianas, atuação da comissão assessora, resultados que a equipe tenha apresentado à comunidade hospitalar, a percepção da equipe sobre a utilidade do RHC para o hospital e como se estabelece sua relação com a Coordenação Estadual, sendo este último aspecto ressaltado por Tanaka (1995) ao afirmar que:

“A esfera estadual pode contribuir de forma decisiva nestes processos garantindo uma melhoria das informações contidas nos sistemas centralizados sob sua responsabilidade, bem como apoiar científica e tecnicamente os processos de definição de prioridades, das ações a serem desenvolvidas e dos sistemas de monitoramento a serem estabelecidos.” (NOVAES e TANAKA, 1995, p.113).

Para entrevistas com os diretores, o roteiro (Apêndice C) procurou identificar o conhecimento destes sobre o RHC, o apoio dado para o funcionamento do registro, os indicadores do RHC que são utilizados no planejamento e na gestão do hospital, como eles recebem as informações do registro e como essas informações são comparadas com outras unidades públicas de atenção oncológica. Procurou-se também, saber sobre o conhecimento desses diretores em relação ao perfil de morbidade e mortalidade dos pacientes oncológicos e se as informações do RHC são utilizadas por eles para análise de séries históricas.

4.5.2. Observação Direta com *Check List*

Considerando que as entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos entrevistados durante o expediente, houve a oportunidade de se empregar a técnica de observação direta, que segundo Yin (2001, p. 115), ocorre “em uma visita de campo ao local escolhido para o estudo de caso” e “pode variar de atividades formais com desenvolvimento de protocolos de observação, ou informais, com observação direta ao longo da visita de campo”. Neste estudo foi desenvolvido um protocolo de observação (*check list*) que contemplou aspectos relativos à *estrutura* e ao *processo* (Quadro 3).

Quadro 3. Protocolo de observação aplicado para os registros, decorrente da observação direta no local do estudo de caso.

DESCRIÇÃO	EXISTE	NÃO EXISTE
Mobiliários Exclusivos		
• Birô		
• Mesa p/ reunião		
• Cadeiras		
• Outros		
Equipamentos exclusivos		
• Computador		
• Telefone exclusivo		
• Impressora		
• Outros		
• Computador ligado à internet		
Registros das atividades		
Fluxograma de operacionalização do RHC (inclui: busca ativa, preenchimento das fichas, checagem de consistência, duplicidade, etc. - solicitar cópia)		
Cronograma de treinamento da equipe		
Cronograma de fechamento dos casos		
Cronograma para envio dos dados		
Cronograma de emissão de relatórios		
Cronograma de publicização dos relatórios, boletins		
Fichas de registro de tumor e de seguimento		
Ata de reuniões da equipe do RHC		
Sistema de monitoramento da atuação do RHC		
Parecer emitido pela Comissão Assessora		
Registro de visitas da Comissão assessora		
Cronograma de visitas da Comissão Assessora		
Cronograma de visitas da Coordenação Estadual		
Registro de visita da Coordenação Estadual		

4.6. Validade interna e externa

As validades interna e externa têm sido descritas como instrumentos úteis para avaliar a qualidade da estratégia da pesquisa, assim como o modelo teórico escolhido para explicar a realidade empírica observada (YIN, 2001). O estudo de caso considera como validade interna a consistência, coerência e qualidade da articulação teórica do modelo e, na validade externa, privilegia a generalização analítica antes que a estatística ao tomar como referência o modelo adotado para ser confrontado com a realidade empírica. A validade interna depende, portanto, de dois fatores: da seleção do modelo

de análise e do modelo teórico, bem como da qualidade e da complexidade da articulação teórica subjacente ao estudo e, o uso de várias fontes de informação.

A validade externa se apóia em três princípios: a) *da semelhança* que é a generalização dos resultados para um universo empírico semelhante; b) *da explicação* que indica se os ganhos de validade externa são decorrentes de uma compreensão dos fatores de produção e inibição dos efeitos; c) *da robustez* que determina se o grau de generalização de um estudo pode tornar-se amplo se houver réplica dos efeitos em diferentes contextos (CHAMPAGNE & DENIS, 1997; YIN, 1994). A generalização é do quadro teórico vinculado a compreensão da questão da pesquisa em diferentes situações e não vinculado ao processo amostral (YIN, 1993; HARTZ, 1997; DENIS E CHAMPAGNE, 1997)

No estudo de caso múltiplo a validade externa fundamenta-se no confronto da configuração empírica de vários casos a um quadro teórico particular, para verificar a ocorrência de replicação dos resultados de um caso para o outro. O recurso da réplica determina que cada um dos casos seja uma entidade única, submetida a uma análise particular e contínua. Neste tipo de estudo há uma maior robustez, pois oferece evidência mais completa do fenômeno a ser estudado, já que cada unidade é analisada separadamente (YIN, 2001).

4.7. Plano de análise

Neste estudo foram definidos como unidades de análise os RHC de três hospitais públicos do nordeste do Brasil, habilitados em assistência oncológica. Com o objetivo de definir o fundamento da avaliação, a partir de um método estruturado, com abordagem lógica, foram articulados os componentes do registro de câncer para responder as perguntas desse programa (Tabela 1), a fim de construir o modelo lógico do RHC estabelecendo as relações entre as dimensões *estrutura* e *processo* e o contexto organizacional do RHC, como estratégia específica para um julgamento baseado em evidências.

Tabela 1. Plano de análise de Registro Hospitalar de Câncer (RHC), a partir do Modelo Conceitual de Donadebian (2003).

Objetivos	Métodos	Instrumentos
1. Caracterizar o contexto de implantação nos diferentes serviços.	Entrevista com coordenadores dos RHC e diretores dos hospitais	Roteiro de entrevista: Nome da unidade Hospitalar; Cidade Entrevistado(a) e data da entrevista Ano implantação do RHC e de quem foi a decisão de implantá-lo; Dificuldades identificadas no processo de implantação e como foram resolvidas.
2. Descrever a estrutura física, a composição e qualificação das equipes do RHC.	{Estrutura} Observação direta com check list (tópicos previstos na legislação); Entrevista com coordenadores do RHC	Roteiro de Observação e Roteiro de Entrevista: Local de funcionamento atual: a) Estrutura física: área exclusiva ou compartilhada, adequação (climatizada e iluminada), etc.; b) Recursos materiais: equipamentos e mobiliários, pontos de internet, etc.; de onde vieram. c) Recursos humanos: coordenação, profissionais envolvidos, formação e atividades de cada um; composição e capacitação da comissão assessora. d) Material de consumo: papel, cartuchos, toner, etc.; e) Ferramentas de gestão: conhecimento da equipe e disponibilidade de acesso às normas, protocolos locais, reuniões de planejamento e avaliação, etc.
3. Identificar a articulação gerencial do RHC com RPB e com as Coordenações Estaduais de Registro de Câncer e avaliar a cobertura e periodicidade da emissão de relatórios e o uso das informações do RHC pelos gestores locais	Entrevistas com os coordenadores do RHC, com a equipe e com os gestores locais e estaduais e análise documental.	Roteiro de Entrevista: Participação e tipo de apoio da gestão local e estadual; Fluxo de fornecimentos de dados; Manutenção do sistema: nível local e/ou estadual. Cronograma de encontros com coordenação estadual Capacitações, material didático, etc Periodicidade de envio de relatórios Quem usa as informações produzidas Como a Comissão Assessora trabalha as informações/relatórios Quais as informações utilizadas Observação de documentos Material produzido pelo hospital (boletins, cartazes, trabalhos científicos, etc); Plano de ação utilizando informações do RHC
{Processo}		

4.7.1. Técnicas de Análise

Como abordagem analítica optou-se por três técnicas: a primeira foi seguir as “*proposições teóricas*” que fundamentaram este estudo de casos, com respostas a questões do tipo “como” e “por que”, utilizando o modelo lógico elaborado neste estudo; a segunda contemplou a criação de matriz de categorias para julgamento das “*evidências dentro dessas categorias*” e modos de apresentação dos dados, “*atribuindo valores numéricos aos eventos*” (YIN, 2001, p. 132) e, a terceira técnica foi a inferência, que Bardin (2010 p.163) define como um tipo de “interpretação controlada” e que segue com uma descrição objetiva e com interpretação do conteúdo das mensagens dos sujeitos do estudo (MINAYO, 1999). Bardin (2003) ainda define inferência, como um processo pelo qual se chega a uma proposição, firmada na base de uma ou de outras proposições aceitas como ponto de partida do processo e onde as conclusões são deduzidas a partir das premissas.

4.7.2. Critérios e padrões

Donabedian (2003) define critério, como um componente ou aspecto da *estrutura* de um serviço/sistema de saúde, ou de um *processo* ou resultado, que é usado para traçar uma inferência sobre qualidade de um cuidado ou atenção prestada. O autor descreve padrão como uma especificação quantitativa do nível de um critério que confere qualidade em um grau determinado, ou seja, uma medida quantitativa específica da magnitude ou frequência que especifica o quão bom ou aceitável encontra-se o critério.

Critérios são fenômenos discretos, definidos e precisamente mensuráveis e de alguma forma especificáveis, que podem ser vistos como elementos, componentes, atributos ou características da estrutura ou do processo claramente definidos para que se possa afirmar se estão presentes ou ausentes. Deste modo podemos medi-los ou, pelo menos, dizer quantas vezes eles estão presentes, utilizando um modelo numérico para medir sua quantidade (DONABEDIAN, 2003).

Neste estudo a concepção de indicador adotada não foi a epidemiológica e sim, as dimensões descritivas dos registros de câncer, partindo-se dos pressupostos teóricos e da realidade empírica observada (TANAKA, 1995), utilizando-se o pareamento com o modelo lógico, para um monitoramento mais adequado das ações desenvolvidas. Definido um conjunto de critérios e padrão que compõem a Matriz de Análise (Quadro 4) e elaborada uma Matriz de Julgamento (Tabelas 2 e 3; pág. 39 e 40) foram atribuídos valores numéricos aos eventos com especificação do padrão de referência que determina o valor máximo de cada evento, permitindo discutir os resultados alcançados na pesquisa.

Para avaliar o funcionamento dos registros foi feito um julgamento a partir da proporção de pontos obtidos em relação ao valor máximo esperado. A pontuação máxima correspondeu ao somatório dos valores máximos esperados nos sub componentes da estrutura (100 pontos) e do processo (125 pontos) totalizando 225 pontos. Padronizou-se a atribuição de pesos específicos para cada estágio alcançado pelos seus componentes.

O escore para classificação do funcionamento dos registros foi obtido efetuando-se o cálculo da pontuação a partir de uma regra de três simples:

$$\text{Escore} = \text{Total de pontos do valor alcançado} / \text{pontuação máxima} \times 100$$

Os limites de classificação foram divididos em três estratos:

- De 90% a 100% Funcionamento pleno
- De 50% a 89,99% Funcionamento parcial
- Abaixo de 50% Funcionamento incipiente

Quadro 4. Matriz de critérios e padrões para na análise de funcionamento do Registro Hospitalar de Câncer em três cidades do nordeste brasileiro.

COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO
ESTRUTURA	Equipe completa	Quantidade dos membros da equipe	=/>90%
	Registrador exclusivo	Jornada de trabalho destinada exclusivamente ao RHC	Exclusivo
	Equipe treinada	Quantidade de membros treinados, local e ano do treinamento	=/>90%
	Conhecimento da equipe	Conhecimento sobre a finalidade do RHC no planejamento do hospital	=/>90%
	Espaço físico e equipamentos	Sala, mobiliário e equipamentos destinados exclusivamente para as atividades do RHC	Exclusivo
	Material de consumo	Fichas de registro de tumor, ficha de seguimentos	Estar presente
	Software do RHC	Versão 2.6 instalada e em funcionamento	Estar presente
	Comissão assessora	Portaria de nomeação e registro de atividades	Estar presente
	Recursos financeiros para manutenção do RHC	Comprovação de alocação de recurso destinado ao RHC	Estar presente
	Normatização interna e do MS que regulamente as ações	Manual de Registro de Câncer do MS; rotinas internas escritas e atualizadas	Estar presente
PROCESSO	Coleta de dados	Fluxo estabelecido e escrito, dificuldades	Sistematizado e documentado
	Verificação de inconsistências	Fluxo estabelecido e escrito e quem verifica	Sistematizado e documentado
	Fonte dos dados	Fluxo estabelecido	Sistematizado e documentado
	Monitoramento das atividades	Sistema de monitoramento da eficiência e eficácia	Estar presente
	Parecer da comissão assessora	Registro dos pareceres	Ter registro
	Reuniões da equipe	Registro das reuniões	Ter registro
	Treinamento em serviço	Cronograma e relatório de treinamento	=/>90%
	Envio de dados ao INCA	Relatório e periodicidade estabelecida de envio dos dados	=/>90%
	Participação e tipo de apoio da gestão estadual	Cronograma e registro das visitas	=/>90%
	Participação e tipo de apoio da gestão local	Registro de reuniões da diretoria com a equipe do RHC	=/>90%
	Manutenção do sistema de informação	Cronograma de manutenção da equipe de suporte da coordenação estadual	Estar presente
	Consolidação dos dados	Fechamento dos casos de 2007 a 2009	=/>90%
	Cobertura do RHC	Nº de casos que o RHC cadastra por ano / nº de casos novos que chegam ao serviço	80%
	Boletins e/ou relatórios	Nº de boletins e/ ou relatórios publicados com informações do RHC	Estar presente
	Uso das informações no planejamento	Relato ou registro dos indicadores utilizados	Estar presente
	Uso das informações nas reuniões do corpo clínico	Relato ou registro das reuniões	Estar presente
	Uso das informações pela comissão assessora	Relato ou registro de como a Comissão Assessora trabalha as informações e quais as informações utilizadas	Estar presente

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob o Registro no SISNEP FR – 379064 CAAE – 0392.0.172.000-10 (Anexo B). 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). Os entrevistados foram informados do propósito do estudo, sua participação foi voluntária e não estiveram presentes quaisquer tipos de recompensas. Os sujeitos do estudo tiveram como garantia formal da preservação dos seus direitos e deveres, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde se expressa o compromisso da confidencialidade e preservação da identidade dos sujeitos. A liberdade de acesso dos sujeitos aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa foi assegurada, bem como o acesso aos resultados da pesquisa. A coleta de dados foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco e dos diretores dos hospitais estudados, através da Carta de Anuência (Anexo C).

5. RESULTADOS

A partir da utilização da técnica de entrevista, procurou-se investigar, neste estudo, a percepção dos profissionais envolvidos diretamente com as atividades dos registros de câncer em relação à estrutura e ao processo, o conhecimento e opiniões desses atores. Para tanto foram considerados como temas relevantes, formação e capacitação dos membros da equipe, com qualificação e conhecimento sobre o processo de trabalho; recursos financeiros destinados à manutenção do registro; a utilidade do RHC no planejamento do hospital; a existência da comissão assessora; presença de normatização que regulamente as ações da equipe; a existência de fluxos de operacionalização das atividades, existência de monitoramento dos coordenadores dos registros e das coordenações estaduais, existência de relatórios e boletins com as informações oriundas dos registros.

Sobre a influência contextual no desenvolvimento das atividades do registro, a análise de conteúdo realizada originou o estabelecimento de categorias predominantes, tais como: formação e capacitação dos membros da equipe; colaboração dos profissionais dos setores fontes de dados; recursos financeiros destinados à manutenção do registro; dificuldades e facilidades relatadas pelos atores, na realização das atividades e mudança de atores locais.

Através da observação direta e da aplicação da Matriz de Julgamento (Tabelas 2 e 3) e segundo os indicadores de cada dimensão do funcionamento dos registros, observou-se que houve uma variação entre os três registros estudados, quando pareados ao modelo lógico utilizado nesta avaliação. No entanto, para melhor entendimento, serão apresentados os resultados de cada caso estudado, no tocante à estrutura, ao processo de trabalho e à observação direta do contexto organizacional.

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

CRITÉRIOS DE ESTRUTURA	PADRÃO	MÁXIMO ESPERADO = 100 PONTOS	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	SITUAÇÃO OBSERVADA			VALOR ALCANÇADO		
				Hospital de Recife	Hospital de Campina Grande	Hospital de Maceió	Hospital de Recife	Hospital de Campina Grande	Hospital de Maceió
Equipe completa	=/>90%	10	10 pontos se = ou > 90% dos profissionais atenderem o critério 5 pontos se > 50% e < 90% 2 pontos se < 50%	verificou-se valor >90%	verificou-se valor >90%	verificou-se valor >90%	10 pontos	10 pontos	10 pontos
Coordenador	Exclusivo	5	5 pontos se exclusivo 2 pontos se acumula funções	acumula funções	acumula funções	acumula funções	2 pontos	2 pontos	2 pontos
Registrador exclusivo do registro	Exclusivo	5	5 pontos se exclusivo 2 pontos se acumula funções	acumula funções	acumula funções	exclusivo	2 pontos	2 pontos	5 pontos
Equipe treinada	=/>90%	10	10 pontos se = ou > 90% dos profissionais atenderem o critério 5 pontos se > 50% e < 90% 2 pontos se < 50%	verificou-se valor >90%	verificou-se valor <50%	verificou-se valor >90%	10 pontos	2 pontos	10 pontos
Conhecimento da equipe sobre a utilidade do RHC no planejamento do hospital	=/>90%	10	10 pontos se = ou > 90% dos profissionais atenderem o critério 5 pontos se > 50% e < 90% dos profissionais atenderem o critério 2 pontos se < 50% dos profissionais atenderem o critério	verificou-se valor >90%	verificou-se valor <50%	verificou-se valor <90%	10 pontos	2 pontos	10 pontos
Sala destinada exclusivamente par as atividades do RHC	Exclusiva	5	5 pontos se exclusiva 0 ponto se compartilhada	compartilhada	compartilhada	compartilhada	0	0	0
Mobiliário exclusivo para as atividades do registro	Exclusivo	5	5 pontos se exclusivo 0 ponto se compartilhada	compartilhado	compartilhado	exclusivo	0	0	5 pontos
Equipamentos exclusivos computadores	Exclusivos	5	5 pontos se exclusivo 0 ponto se compartilhada	compartilhado	compartilhado	exclusivo	0	0	5 pontos
Equipamento exclusivo impressora	Exclusiva	5	5 pontos se exclusivo 0 ponto se compartilhada	compartilhada	compartilhada	exclusiva	0	0	5 pontos
Equipamento exclusivo telefone	Exclusiva	5	5 pontos se exclusivo 0 ponto se compartilhada	compartilhado	compartilhado	compartilhado	0	0	0
Material de consumo	Estar presente	5	Sim = 5	Sim	Sim	Sim	5 pontos	5 pontos	5 pontos
Software do RHC (versão 2.6 instalada e em funcionamento)	Estar presente	5	Sim = 5	Sim	Sim	Sim	5 pontos	5 pontos	5 pontos
Comissão assessora (nomeação, registro de atas de reunião)	Estar presente	5	Sim = 5	Não	Não	Não	0	0	0
Fichas de coletas de dados	Estar presente	5	Sim = 5	Sim	Sim	Sim	5 pontos	5 pontos	5 pontos
Recursos financeiros para manutenção do RHC	Estar presente	5	Sim = 5	Não	Não	Não	0	0	0
Normatização do MS que regulamente as ações	Estar presente	5	Sim = 5	Sim	Sim	Sim	5 pontos	5 pontos	5 pontos
Normatização interna que regulamente as ações	Estar presente	5	Sim = 5	Não	Não	Não	0	0	0
TOTAL DE PONTOS ALCANÇADOS							54	38	72

Tabela 3. Matriz para julgamento do funciona'mento dos Registros de Câncer em relação a critérios de *processo*.

CRITÉRIOS DE PROCESSO	PADRÃO	MÁXIMO ESPERADO = 125 PONTOS	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	SITUAÇÃO OBSERVADA			VALOR ALCANÇADO		
				Hospital de Recife	Hospital de Campina Grande	Hospital de Maceió	Hospital de Recife	Hospital de Campina Grande	Hospital de Maceió
Fluxo de coleta de dados	Sistematizado e documentado	10	10 pontos se = ou > 90% da atividade de coleta estiver sistematizada e documentada 5 pontos se = ou > 90% da atividade estiver sistematizada e não documentada	sistematizado e não documentado	sistematizado e não documentado	sistematizado e não documentado	5 pontos	5 pontos	5 pontos
Fluxo de verificação de inconsistências	Sistematizado e documentado	10	10 pontos se = ou > 90% da atividade de coleta estiver sistematizada e documentada 5 pontos se = ou > 90% da atividade estiver sistematizada e não documentada	sistematizado e não documentado	sistematizado e não documentado	sistematizado e não documentado	5 pontos	0	5 pontos
Monitoramento das atividades	Estar presente	5	Sim = 5	Não	Não	Não	0	0	0
Parecer da comissão assessora	Ter registro	5	Sim = 5	Não	Não	Não	0	0	0
Reuniões da equipe	Ter regitro	5	Sim = 5	Não	Não	Não	0	0	0
Cronograma e relatório de treinamento em serviço	=/>90%	10	10 pontos se = ou > 90% das capacitações estiverem sido realizadas 5 pontos se > 50% e < 90% das capacitações estiverem sido realizadas 0 ponto se < 50% das capacitações estiverem sido realizadas	verificou-se valor <50%	verificou-se valor <50%	verificou-se valor <50%	0	0	0
Cronograma e relatório de envio dos dados ao INCA	=/>90%	10	10 pontos = ou > 90% se apresentar relatório e cronograma de envio 5 pontos > 50% e < 90% se apresentar relatório 0 ponto < 50% não apresentou relatório e cronograma	verificou-se valor <50%	verificou-se valor <50%	verificou-se valor <50%	0	0	0
Registro da participação da gestão estadual	=/>90%	10	10 pontos se = ou > 90% das visitas estiverem sido registradas 5 pontos se > 50% e < 90% das visitas estiverem sido registradas 0 ponto se < 50% das visitas estiverem sido registradas	verificou-se valor <50%	verificou-se valor <50%	verificou-se valor <50%	0	0	0
Registro da participação da gestão local	=/>90%	10	10 pontos se = ou > 90% das reuniões estiverem sido registradas 5 pontos se > 50% e < 90% das reuniões estiverem sido registradas 0 ponto se < 50% das reuniões estiverem sido registradas	verificou-se valor <50%	verificou-se valor <50%	verificou-se valor <50%	0	0	0
Registro de manutenção do sistema de informação	Estar presente	5	Sim = 5	Não	Não	Não		0	0
Consolidação e envio dos dados	=/>90%	10	10 pontos = ou > 90% se fechamento e envio até 2008 5 pontos ou > 50% e < 90% se fechamento e envio até 2007 2 pontos ou < 50% até 2006	verificou-se valor >50% e < 90%	verificou-se valor >90%	verificou-se valor >90%	5 pontos	10 pontos	10 pontos
Cobertura do RHC (nº de casos cadastrados no ano / nº de casos novos que chegam ao serviço)	=/>80%	10	10 pontos = ou > 80% de cobertura 5 pontos ou > 40% e < 79% de cobertura 2 pontos ou <40% de cobertura	Não há informação	Não há informação	Não há informação		0	0
TOTAL DE PONTOS ALCANÇADOS				125			15	15	20

5.1. Hospital de Recife

O Registro de Câncer do Hospital situado em Recife foi implantado em 2000, sob a coordenação de uma médica oncologista e situava-se no momento da pesquisa em um consultório médico, que foi disponibilizado para as atividades do registro de câncer e de controle de APACs.

5.1.1. Dimensão Estrutura

Na dimensão *estrutura*, o RHC alcançou 54 pontos (Tabela 2). Considerando os critérios separadamente, obteve pontuação máxima na completude, treinamento e conhecimento da equipe, no espaço físico exclusivo, na permanência do registrador exclusivo para as atividades do registro, na presença de normatização do Ministério da Saúde (Manual de Normas e Rotinas), no funcionamento do software e em material de consumo. Nos critérios relacionados aos mobiliários e equipamentos para uso exclusivo do RHC, não houve pontuação máxima pela falta de linha telefônica. Não obteve pontuação nos demais critérios.

Ao ser indagado sobre a capacitação da equipe, o coordenador do registro lamentou o longo período que passaram sem treinamento. O gestor relata o déficit de pessoal como grande dificuldade vivenciada pela gestão atual.

[...] a gente passou um período longo aqui no estado sem ter treinamento... o ano passado participamos do treinamento que houve em Recife... são contratos de firmas terceirizadas, se a firma tiver algum problema com a diretoria do hospital, você perde aquele funcionário que tinha sido treinado para fazer o registro... Então a grande dificuldade da gente realmente é pessoal, pessoal próprio do hospital pra fazer esse serviço.

[...] nós estamos enfrentando um problema sério, mas muito sério, de pessoal... Veja o contra-senso, eu tenho hoje na oncologia 14 leitos fechados por falta de pessoal e vislumbre de concurso a gente não tem .

A falta da Comissão Assessora foi referida pelo coordenador do registro de câncer do Hospital A e ressalta a não participação de pessoas que poderiam participar da comissão.

[...] Não tem comissão assessora. A gente até tem nomes, mas nunca participaram efetivamente.

O coordenador do Hospital A relata a falta de recursos financeiros para manutenção do RHC.

[...] Nenhum, só boa vontade e funcionários terceirizados.

5.1.2. Dimensão Processo

Na dimensão *processo*, o RHC obteve 15 pontos (Tabela 3) e os critérios que comprometeram o registro, por não haver atingidos qualquer pontuação foram os relacionados ao monitoramento das atividades, ao registro de reuniões, emissão de relatórios e boletins, registro do uso das informações do planejamento do hospital e nas reuniões com o corpo clínico, ao conhecimento da equipe sobre a cobertura do registro e à inexistência de atuação da Comissão Assessora.

Quando perguntado acerca do processo de trabalho, os integrantes do registro falaram sobre a falta de dados no prontuário. Relataram também que os dados a serem enviados ao INCA referem-se aos casos diagnosticados em 2006.

[...] a gente tem feito busca ativa dos casos, porque não tem ninguém que passe informação pra gente... Pretendemos fechar os casos de 2006 este ano.

Indagados sobre a utilização das informações oriundas do registro de câncer, o diretor do Hospital A relata a falta de conhecimento dessas informações, enquanto o coordenador do registro diz não haver utilidade das informações para o hospital, mas que estas podem contribuir para melhorar a qualidade dos dados.

[...] nós estamos na direção só há seis meses e tem muita coisa que agente ainda não tem conhecimento... mas cada vez que agente está arrumando e encontrando as deficiências, agente tá tentando organizar. A gente pretende utilizar os dados no planejamento e até divulgar... Eu não tenho nenhuma informação do que tem no banco de dados do registro de câncer.

[...] Para o hospital não tem. Para o corpo clínico ainda não. Vai ter, eu acho que, basicamente, em termo de preenchimento de dados. Acho que é a grande questão do RHC, é você melhorar a qualidade das informações médicas.

Quando utilizada a observação direta com *check list*, não foram encontrados registros que comprovassem a verificação de inconsistências dos dados, relatório de reunião realizada na equipe dos registros, ou da equipe com o gestor do hospital ou com a coordenação estadual. Também não havia indícios de atividades de manutenção do sistema de informação, pela equipe de suporte da coordenação estadual.

5.1.3. Aspectos Contextuais

Em relação aos aspectos contextuais que influenciam no funcionamento do registro de câncer foram relatadas a falta de colaboração dos profissionais dos setores fontes de dados, troca de funcionários e mudanças político/administrativas que influenciaram no funcionamento dos registros; dentre as eventuais dificuldades pelo registrador, destacou-se a dificuldade de se entender o que estava escrito nos prontuários.

[...] Letra do médico, falta de preenchimento de alguns dados até em termo de compreensão de conduta médica. Mas, basicamente é porque a gente que é médico não escreve muito e não escreve muito bem.

[...] A minha maior dificuldade é a caligrafia do médico. Tem muitos médicos que pra você entender uma sílaba é muito difícil.

5.2. Hospital de Capina Grande

O registro de câncer do Hospital situado em Campina Grande iniciou suas atividades em 2005 e 2006 ficou sob a coordenação da enfermeira gerente da oncologia. Funcionava na secretaria do ambulatório de oncologia, utilizando os mobiliários e equipamentos desse setor. Tanto o coordenador, quanto o registrador de câncer têm outras atividades além das inerentes ao RHC.

5.2.1. Dimensão Estrutura

Na dimensão *estrutura* o registro alcançou 38 pontos (Tabela 2), obtendo pontuação máxima na completude da equipe, na presença de normatização do Ministério da Saúde (Manual de Normas e Rotinas), no funcionamento do software, na existência de fichas de coletas de dados e em material de consumo. Nos critérios relacionados aos

mobiliários e equipamentos, normas e rotinas internas, recursos financeiros destinados à manutenção do RHC, e à existência da Comissão Assessora, não houve pontuação.

Em relação à estrutura física do RHC, foi observado a não exclusividade de espaço físico, de mobiliários e equipamentos:

[...] Tudo é compartilhado... Nenhum. Todos têm outras funções. Sou Enfermeira e gerente e coordeno o RHC. O registrador não é exclusivo, faz RHC e APAC.

[...] eu não sou exclusivo do RHC, também sou responsável pelas APACs. Não tem sala nem equipamento exclusivo para o RHC... a coordenadora é enfermeira gerente e tem muitos afazeres...

Apesar de o diretor do hospital afirmar ter enviado os integrantes do registro para um treinamento em Fortaleza, o registrador de câncer desse Hospital revelou não terem recebido treinamento e apenas participaram da reunião dos registros de câncer num congresso de oncologia.

[...] nunca fomos treinados nem eu nem a coordenadora...

Quanto aos recursos financeiros destinados à manutenção do registro, existe um entendimento do diretor do hospital em relação ao repasse financeiro do SUS:

[...] eu acredito que se o SUS tivesse os seus procedimentos pagos de forma mais realista, de forma mais... digamos assim, que contemplasse todos os seus custos, não precisaria necessariamente de recursos só para registro de câncer.

5.2.2. Dimensão Processo

Na dimensão *processo*, o RHC obteve 15 pontos (Tabela 3), com pontuação máxima apenas no critério de envio dos dados ao INCA, 50% da pontuação nos critérios de fluxo de coleta de dados e de verificação de inconsistência e nenhuma pontuação nos demais critérios.

[...] Enviamos para o integrador os dados de 2006 a 2008 (registrador).

Quando perguntados sobre a utilização das informações oriundas do registro de câncer, o diretor relata a falta de conhecimento dessas informações, enquanto o coordenador e o registrador reconhecem a importância de se utilizar essas informações.

[...] Os dados oriundos do RHC não são discutidos com a diretoria, eles são discutidos no serviço de oncologia, entre os oncologistas... a gente dá suporte ao serviço do ponto de vista administrativo, não discutimos especificamente as estatísticas.

[...] apesar de o hospital não ter uma participação mais efetiva, ainda se pode ajudar os pacientes através das inúmeras informações do registro.

[...] Importante, porém desconheço se os dados são utilizados.

Quando indagados sobre o processo de trabalho e as interferências no seu cotidiano, os integrantes do registro relatam que o fluxo das atividades não foi documentado, apesar de estabelecido.

[...] é feito busca ativa no SAME ou quando o prontuário chega ao serviço para o atendimento do paciente. O prontuário é único.

[...] o fluxo existe, mas a operacionalização ainda deixa muito a desejar. A gente deveria ter uma coisa mais informatizada. É muito precário, tudo é manual.

5.2.3. Aspectos Contextuais

Em relação aos aspectos contextuais que influenciam no funcionamento do registro de câncer, quando analisados os relatos dos integrantes dos registros e dos gestores locais destacaram-se a descontinuidade na coleta de dados há algum tempo pela falta de pessoal, a falta de treinamento da equipe e a dificuldade de se entender o que estava escrito nos prontuários e a deficiência de acompanhamento da coordenação estadual.

[...] Antes de 2006 houve o falecimento da pessoa que atuava como registrador. Não houve substituição, não tinha coordenador. Não houve continuidade das atividades do registro... Na mudança de direção eu fiquei como coordenadora, sem treinamento eu e o registrador.

[...] Facilidades na disponibilidade dos prontuários para coleta de dados, no entanto se tem muitas dificuldades para colher com exatidão esses dados.

[...] Recebemos visita da coordenação estadual três vezes em quatro anos.

5.3. Hospital de Maceió

O registro de câncer do Hospital situado em Maceió foi implantado em 2006, encontrava-se funcionando na secretaria do setor de radioterapia, sob a coordenação de um médico oncologista, que também é coordenador do CACON.

5.3.1. Dimensão Estrutura

Na dimensão *estrutura*, o registro obteve 72 pontos atingindo pontuação máxima nos critérios de completude, treinamento e conhecimento da equipe, na existência de mobiliários e equipamentos de uso exclusivo, existência de registradores exclusivos para as atividades do registro, na presença de normas ministeriais, no funcionamento do software e em material de consumo.

[...] mandamos dois funcionários: a gerente do CACON e um funcionário administrativo, para um treinamento lá em Campo Grande, em Mato Grosso...

Nos critérios relacionados ao espaço físico, existência de linha telefônica exclusiva, recursos financeiros, normatização interna e existência da Comissão Assessora, não houve pontuação.

[...] O RHC conta com equipamentos exclusivos, do começo de 2010 prá cá... a Dra. é um embrião da Comissão Assessora... é egressa do A. C. Camargo, já treinamento... então ela tá dando um suporte ao registro.

Quando indagados sobre os recursos financeiros destinados à manutenção do registro, tanto o diretor do Hospital quanto o coordenador negaram a existência de recursos ou afirmaram não saber.

[...] que eu saiba não, só se o gestor souber.... Por exemplo, eu não sei se o que é produzido na oncologia é investido aqui no Serviço.

5.3.2. Dimensão Processo

Na dimensão *processo*, o RHC alcançou 20 pontos, com pontuação máxima no critério de envio dos dados ao INCA e com 50% da pontuação máxima nos critérios de verificação de inconsistência e de envio dos dados. Nos demais critérios não houve pontuação.

5.3.3. Aspectos Contextuais

Em relação às dificuldades vivenciadas pelos profissionais dos registros destacaram-se a deficiência na colaboração dos profissionais dos setores fontes de dados, disponibilização das informações quanto e organização dos prontuários e a falta de suporte da informática do hospital e da coordenação estadual.

[...] Primeiro, dificuldade de comunicação entre a Secretaria do Estado e do Município até chegar aqui... É mais fácil falar com o INCA... Agora melhorou, porque entrou um patologista no departamento lá da secretaria que tem vontade que isso funcione. Segundo, recursos humanos... Conseguimos contratar pessoas pela Fundação... e treinar estas pessoas... outra dificuldade que agente pode falar também é a falta de informações nos prontuários. Há uma dificuldade extrema de entendimento que esse prontuário organizado facilita o registro e que o registro facilita recursos...

[...] Então o maior problema que agente tem relacionado à informática é a questão da rede e das senhas e o contato com o NTI. Ou seja, tem um suporte precário da informática do hospital e nenhum suporte do estado... Fui eu que instalei o RHC em todas as máquinas, eu sou o único suporte técnico.

5.4. Análise integrada dos casos

Quanto à dimensão *estrutura*, havia em cada registro um coordenador e pelo menos um registrador de câncer, sendo que, apenas o registro do Hospital em Maceió tinha funcionários exclusivos. No Hospital em Capina Grande, a equipe do registro não havia participado do treinamento e o conhecimento sobre a utilidade das informações do registro de câncer no planejamento do hospital foi relatado apenas por um membro da equipe.

Outras deficiências estruturais constatadas nos três registros, quando utilizada a observação direta (Quadro 5) estão relacionadas ao espaço físico compartilhado com funcionários destinados a outras atividades dos hospitais onde os três registros funcionavam. Em nenhum deles havia Comissão Assessora e não foram encontradas rotinas internas escritas. Quanto a mobiliários e equipamentos apenas o Hospital em Maceió tinha equipamentos que não eram compartilhados, à exceção do aparelho telefônico cuja linha é de uso da secretaria do setor de radioterapia.

Em relação à documentação, nenhum dos registros estudados apresentou atas de reuniões, fluxos de operacionalização de coleta dos dados, cronograma de atividades, registros de monitoramentos internos ou das visitas e/ou pareceres das coordenações estaduais. Todos os registros em análise tinham formulários específicos de coleta de dados (Ficha de Registro de Tumor e Ficha de Seguimento) em quantidade suficiente para a execução do trabalho (Quadro 5).

Quadro 5. Resultados da observação direta realizada nos locais do funcionamento dos registros de câncer.

DESCRIÇÃO	HOSPITAL DE RECIFE		HOSPITAL DE CAMPINA GRANDE		HOSPITAL DE MACEIÓ	
	EXISTE	NÃO EXISTE	EXISTE	NÃO EXISTE	EXISTE	NÃO EXISTE
• Sala Exclusiva		X		X		X
Mobiliários Exclusivos						
• Birô		X		X	X	
• Mesa p/ reunião		X		X	X	
• Cadeiras		X		X	X	
• Armários para arquivo		X		X		X
Equipamentos Exclusivos						
• Computador ligado à internet		X		X	X	
• Telefone exclusivo		X		X		X
• Impressora		X		X	X	
Registros das atividades						
Fluxograma de operacionalização do RHC		X		X		X
Cronograma de treinamento da equipe		X		X		X
Cronograma de fechamento dos casos e envio dos dados		X		X		X
Cronograma de emissão dos relatórios, boletins		X		X		X
Fichas de registro de tumor e de seguimento		X		X		X
Ata de reuniões da equipe do RHC		X		X		X
Sistema de monitoramento da atuação do RHC		X		X		X
Parecer emitido pela Comissão Assessora		X		X		X
Cronograma e registro de visitas da Comissão Assessora		X		X		X
Cronograma e registro de visitas da Coordenação Estadual		X		X		X

Quanto às dificuldades vivenciadas pelos profissionais dos registros, o déficit de pessoal foi o mais relatado, seguido da falta de espaço exclusivo para as atividades do RHC, a dificuldade de comunicação com a coordenação estadual e a falta de informações nos prontuários.

Na dimensão *processo*, ao utilizar a observação direta (Quadro 5) não foi encontrada, nos três RHC, comprovação de verificação de inconsistências e das fontes de dados dos casos de câncer dos respectivos hospitais. Não foi identificado qualquer relatório de reunião realizada na equipe dos registros, ou da equipe com os gestores dos hospitais ou com as coordenações estaduais. Também não havia indícios das atividades de

manutenção do sistema de informação, que deveriam ser realizadas pela equipe de suporte das coordenações estaduais.

A utilização das informações oriundas dos registros de câncer foi referida como importante para o planejamento hospitalar em relação à atenção oncológica, porém os gestores ainda não haviam utilizados essas informações no planejamento.

Quanto à atividade de envio dos dados ao INCA, dois registros haviam encaminhado suas bases de dados dos casos diagnosticados até 2008 e um encaminhou os dados até 2006, no entanto nenhuma equipe soube informar a cobertura do RHC em seus hospitais e, nenhum registro havia elaborado relatórios, boletins ou qualquer outro tipo de publicação dos resultados oriundos dos RHC.

Ao analisar os aspectos contextuais verificaram-se, pelos relatos dos integrantes dos registros de câncer e dos gestores locais, dificuldades de colaboração dos profissionais dos setores fontes de dados; problemas com recursos financeiros destinados à manutenção do registro, mudanças técnicas e eventuais dificuldades e facilidades vivenciadas pelos atores, na realização das atividades.

Quando questionados se houve mudanças técnicas e/ou políticas e/ou administrativas no hospital que interferiram no funcionamento do RHC e quais essas mudanças, todos relataram a mudança de atores locais como fator de descontinuidade nas atividades dos registros.

Recife: [...] eu sei que quando vim prá cá tava tudo parado. O registro ficou parado de 2005, quando José saiu até 2009, quando eu comecei a cadastrar. Eu cheguei em 2008 no hospital. Eu não era desse setor. Depois me mandaram prá cá, no final de 2008. (*nome fictício)*

Campina Grande: [...] havia um rapaz que fazia o registro, tinha sido treinado e faleceu e aí não tinha uma pessoa treinada para dar continuidade... e aí precisamos treinar uma pessoa e num determinado momento não deu certo, não se adaptou então, nós tivemos vários contratempos nesse registro do câncer.

Maceió: [...] para registrar tínhamos uma pessoa antes que fazia isso, era médica, aí aposentou... ...a deficiência de pessoal provocou uma redução severa no nosso registro de câncer... quando houve a mudança de governo, mudou tudo. Ninguém veio mais aqui, ninguém pisou mais, ninguém apareceu. Aí se passaram dois anos aproximadamente...

Quando indagados sobre realização de suas atividades, um registrador referiu que a proximidade diária com o coordenador e os médicos da unidade era de grande ajuda; outro registrador informou que o acesso aos prontuários era fácil, havendo, no entanto, problemas de informações nesses prontuários. Outro enfatiza a importância de haver um lugar certo para busca de informações sobre os casos de câncer.

Recife: [...] e facilidade é o contato diário com a doutora coordenadora e o contato também com outros médicos, isso ajuda muito, facilita.

Campina Grande - [...] Facilidades na disponibilidade dos pacientes, quer dizer, de prontuários para coleta de dados, no entanto temos muita dificuldade para colher com exatidão esses dados.

Maceió [...] O que facilita são esses caminhos que agente já falou, de ter o lugar certo de agente buscar...

5.5. Utilizando a Matriz de Julgamento

A construção de indicadores do funcionamento dos registros hospitalares de câncer deu-se a partir dos componentes do modelo lógico (Figura 2). Utilizando a proposição dos critérios adotados para analisar o funcionamento dos registros (Tabelas 2 e 3), observou-se que o registro de câncer do Hospital situado em Recife atingiu 69 pontos nas dimensões estrutura e processo, o que corresponde a 30,6% dos critérios. O registro do Hospital situado em Campina Grande obteve 53 pontos, o que corresponde a 23,5% de todos os critérios. O registro hospitalar de câncer do Hospital situado em Maceió atingiu a maior pontuação (92 pontos), correspondendo a 40,8% dos critérios estudados (Tabela 4).

As deficiências na dimensão *processo* são semelhantes nos três registros (Tabela 2) nos seguintes os critérios: monitoramento das atividades, registros de reuniões, publicação de relatórios e boletins, uso das informações no planejamento da assistência e do hospital e suporte das coordenações estaduais. Quanto ao fluxo de verificação de inconsistências, apenas no Hospital situado em Campina Grande este critério não foi implantado, nos demais registros ele estava implantado, mas não sistematizado. Nenhum dos registros tinha estimativa da cobertura. Efetuando-se o cálculo estabelecido para definir o escore de funcionamento dos registros foram encontradas as seguintes pontuações:

- Registro de câncer do Hospital em Recife: $69 / 225 \times 100 = 30,6\%$
- Registro de câncer do Hospital em Campina Grande: $53 / 225 \times 100 = 23,5\%$
- Registro de câncer do Hospital em Maceió: $92 / 225 \times 100 = 40,8\%$

Conforme demonstrado na Tabela 3, a dimensão *processo* foi a que mais comprometeu os registros de câncer, com baixas pontuações e, de acordo com os percentuais atingidos, o funcionamento dos Registros Hospitalares de Câncer nas três cidades do nordeste brasileiro foi classificado como incipiente.

Tabela 4. Resultados alcançados pelos RHC, segundo as dimensões de estrutura e processo.

Crítérios / indicadores	Recife	C. Grande	Maceió
Estrutura	54	38	72
Processo	15	15	20
Pontuação total alcançada	69	53	92
% alcançado	30,6	23,5	40,8

6. DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo que avalia Registro Hospitalar de Câncer em Centros de Atenção Oncológica (CACON), exclusivamente públicos, a partir do referencial teórico apresentado. E embora tenha como objeto de análise um número pequeno de serviços, a pesquisa foi desenvolvida em hospitais terciários, com grande volume de atendimento em oncologia, que atuam nas áreas de ensino e pesquisa, com registros de câncer implantados há pelo menos quatro anos.

Este estudo coloca-se na interface entre o campo da avaliação e o campo dos sistemas de informação. A literatura tem reforçado a necessidade de se usar sistemas de informação para subsidiar de forma adequada e eficaz, a gestão dos serviços de saúde em todos os níveis do SUS. De uma maneira geral são encontrados estudos que relatam como esses sistemas possibilitam uma utilização mais eficiente dos processos de gestão e como o setor público de saúde vem acompanhando os avanços e aprimoramento dos mesmos (BRANCO, 1998; GUIMARÃES & ÉVORA, 2004; CUNHA, 2005; ARELLANO RODRÍGUEZ, 2008; BENITO & LICHESKI, 2009;).

Quantificar a influência ou contribuição exata da dimensão *estrutura* no funcionamento dos registros, ou seja, aquelas condições que constroem e condicionam o universo de práticas (NOVAES, 2000), não é fácil, mas é possível falar em termos de tendências, isto é, uma *estrutura* adequada aumenta a probabilidade de um funcionamento pleno dos registros. Na dimensão *processo*, que abrange todas as atividades desenvolvidas

pelos profissionais (DONABEDIAN, 2003), encontram-se as bases para um funcionamento com qualidade de um programa/projeto (NOVAES, 2000).

De acordo com os resultados obtidos verificamos que os registros de câncer dos três hospitais em estudo apresentaram pontos críticos que comprometem seu funcionamento, relacionados às dimensões *estrutura* e, principalmente, *processo*. Guerra (2005) já alertava sobre as dificuldades enfrentadas pelos registros de câncer em relação a problemas estruturais, que poderiam comprometer principalmente o processo de análise dos dados.

Em relação à coleta de dados, foi identificado que os registradores necessitavam se deslocar até as dependências das enfermarias ou do arquivo médico do hospital para o resgate dos prontuários, ou até ao serviço de anatomia patológica para selecionar os casos de diagnóstico de câncer, retornar ao RHC para preencher a ficha e posteriormente digitá-las. Sem dúvida, essa prática consome muito tempo do registrador, repercutindo em menor agilidade no tratamento dos dados e das informações. Isto demonstra a ausência de fluxo cujos dados possam fluir sistematicamente dos setores fontes para o RHC.

A falta da Comissão Assessora observada nos três registros analisados pode comprometer qualidade dos resultados nos relatórios emitidos e impedir o desenvolvimento de análises. Entende-se que dados confiáveis são decisivos na definição de protocolos de tratamento mais efetivos, na avaliação de sobrevida e no desenho de estudos clínicos adequados ao padrão de saúde/doença da população usuária.

Foi possível perceber ainda a compreensão, por parte dos entrevistados, da utilidade de um registro de câncer de base hospitalar na melhoria da qualidade das informações em prontuários, na avaliação de desempenho do corpo clínico e no planejamento do hospital. A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) preconiza a

adoção de políticas e estratégias setoriais em comunicação e informação em saúde, na expectativa de gerar e/ou melhorar processos e produtos, e de promover mudanças nos modelos de gestão organizacional (CUNHA, 2005).

A partir da observação direta foi possível constatar a falta de rotinas escritas e fluxos dos processos de trabalho, evidenciando a carência de sistematização das atividades de coleta, monitorização e elaboração de relatórios com as informações oriundas dos registros. Constatou-se também, que os procedimentos não eram registrados e os fluxos de informações não estavam formalmente estabelecidos.

Alguns aspectos citados pelos entrevistados merecem destaque nesta discussão: 1) a falta de apoio tanto da gestão local quanto da gestão estadual; 2) as informações dos registros não fazerem parte das discussões da gestão local e do corpo clínico dos hospitais (apesar de terem dados consolidados de dois a três anos consecutivos); 3) a falta de recursos financeiros destinados à manutenção do registro; 4) a falta de conhecimento da cobertura dos registros (nº de casos que o RHC cadastra por ano / nº de casos novos que chegam ao serviço).

No que se refere ao primeiro aspecto, é importante ressaltar que um registro de câncer só possibilita uma gestão efetiva voltada para o planejamento das ações de combate ao câncer, quando existe uma combinação de estrutura (pessoas e tecnologias) e processos, pautado na monitorização e no apoio local. Novaes & Tanaka (1995) destacam importância da contribuição técnica e científica da esfera estadual para a melhoria dos processos e, conseqüentemente, a melhoria das informações e definição de prioridades das ações. Além disso, a 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996), em uma de suas diretrizes voltadas para a construção de uma política para a área de informação e informática em saúde, define que a política nacional de produção e disseminação de informações públicas exige estreita cooperação dos vários órgãos responsáveis, nos diferentes níveis de governo e áreas setoriais.

Em relação ao segundo aspecto, as tecnologias de informação em saúde são inseridas como instrumentos capazes de modificar a organização e o aprimoramento dos processos de trabalho em saúde. No entanto, por vezes, existe desconhecimento do potencial de uso da informação como ferramenta para a gestão descentralizada, embora seja destacado o papel da informação nas atividades de planejamento e, apesar do grande volume de dados e informações provenientes dos registros de câncer de base hospitalar, poucos são utilizados para gestão. Branco, em 1998, já alertava o quanto era preocupante o número de gestores no Brasil, que ainda desconsideravam o uso da informação na gestão dos serviços.

O terceiro aspecto aponta para a necessidade de desenvolver ações entre as três esferas de governo a fim de superar os obstáculos relativos ao aporte de recursos financeiros para montagem e manutenção da infraestrutura de informática e para treinamento e atualização das pessoas que atuam nos registros. Pois não existe sistema de informação sem equipes organizadas para atuarem na coleta, processamento, análise dos dados e divulgação das informações.

Finalmente, o quarto aspecto tem como pano de fundo a dificuldade dos hospitais estudados em saber quantos e quais são as pessoas que chegam ao serviço para o primeiro atendimento. Este problema está diretamente relacionado com a organização e qualidade dos sistemas de informação hospitalar, como cadastro de usuários, sistema de arquivo, etc., e em especial, da estruturação da informática.

Nas avaliações de programas e serviços de saúde a intervenção geralmente é definida tendo como referência o indicador de cobertura, que expressa a magnitude da implantação das ações e, em relação ao RHC, pode ser entendida como a proporção de casos incluídos na base de dados do registro de câncer. A cobertura do registro de câncer é um indicador que pode apontar para sua funcionalidade, podendo ser influenciado pelo contexto organizacional e, o seu conhecimento pelo corpo clínico da oncologia é imprescindível para direcionar esforços ao aprimoramento das atividades

do RHC. A inexistência de informações como o número de casos novos anuais admitidos no serviço para tratamento, impede o cálculo correto da cobertura do registro do nível local. O estabelecimento desta cobertura, apesar da aparente simplicidade na sua formulação, depende da disponibilidade de recursos e de questões metodológicas e operacionais para a sua construção que, não raro, são negligenciadas por avaliadores e gestores de saúde, (AQUINO & BARRETO, 2008).

Hoje, é praticamente inadmissível pensar em gestão da informação sem contar com a tecnologia no campo da informática. O entendimento de que os dados gerados pelos sistemas podem ter uma utilidade que ultrapassa os benefícios mais imediatos (GOMES, 2001), deve ser aplicado também à assistência oncológica, a qual pode ser avaliada a partir das informações oriundas de um Registro Hospitalar de Câncer.

Assim, o presente estudo buscou contribuir na sistematização de análise da influencia das dimensões *estrutura* e *processo* e dos aspectos contextuais no funcionamento dos registros de câncer de base hospitalar.

8. CONCLUSÃO

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

Esta pesquisa utilizou-se de uma análise qualitativa para um diagnóstico situacional do funcionamento dos Registros Hospitalares de Câncer em três hospitais públicos no nordeste brasileiro, a partir de um modelo lógico construído para o estudo. Verificou-se que foi incipiente o funcionamento dos Registros Hospitalares de Câncer nos três hospitais estudados e habilitados em atenção oncológica e, a diferença entre o de melhor implantação para o de pior implantação foi de 17,3 pontos percentuais. Pode-se constatar que, mesmo tendo sua utilidade no planejamento do hospital e no desenvolvimento do desempenho do corpo clínico, as deficiências de *estrutura* e *processo* comprometeram o funcionamento dos registros estudados.

Considerando os componentes em separado percebe-se que, em relação à *estrutura*, o funcionamento dos hospitais teve maior variação, sendo de 18 pontos, diferença entre o Hospital de Maceió (de melhor implantação) e o Hospital de Campina Grande (de pior implantação). Neste último não havia equipe treinada, mobiliários e equipamentos destinados exclusivamente às atividades do registro. As equipes do RHC do Hospital de Recife e do Hospital de Maceió demonstraram conhecimento pleno sobre a utilidade do RHC no planejamento do hospital.

Todos os três hospitais apresentaram semelhança nos aspectos relativos ao não atendimento aos critérios de exclusividade de funcionários e de espaço físico, de recursos financeiros destinados à manutenção dos registros, de existência da comissão assessora e de rotinas internas escritas.

Em relação ao *processo*, os três registros estudados tiveram pontuações semelhantes, com uma diferença de apenas 5 pontos entre os hospitais. Os três hospitais atenderam parcialmente ao critério de fluxo de coleta de dados. O Hospital de Campina Grande não atingiu pontuação no critério de verificação de inconsistências e teve atendimento parcial no critério de envio de dados. Em todos os outros critérios de processo analisados, os três hospitais não obtiveram pontuação.

Podemos identificar a influência que os aspectos contextuais exerciam no funcionamento dos Registros Hospitalares de Câncer. Em relação aos atores internos, os Hospitais de Recife e Maceió contaram com lideranças representativas e influentes e o RHC do Hospital de Campina Grande tinha sua liderança voltada quase que exclusivamente para suas atividades técnicas e gerenciais na oncologia. Destacou-se também o não envolvimento dos demais profissionais de saúde da oncologia no aprimoramento das informações, já que a grande queixa dos registradores foi a dificuldade de encontrar e de ler as informações nos prontuários. Outro aspecto relatado foi a falta de suporte da informática nos hospitais.

A participação da diretoria foi parcial no Hospital de Maceió e nula nos outros hospitais e a implantação do RHC pode ter sido prejudicada nos três hospitais, pelo suporte inadequado da diretoria, nas questões relativas à formação da Comissão Assessora e, ao déficit de recursos humanos, em quantidade e/ou em qualificação.

Em relação à estruturação das equipes, a política de recursos humanos do Hospital de Recife é de responsabilidade tanto da Secretaria Estadual de Saúde quanto da direção do hospital, enquanto que nos hospitais universitários Alcides Carneiro e Alberto Antunes, a responsabilidade é tanto quanto de suas diretorias quanto dos Ministérios do

Planejamento e da Saúde. Além disso, os três hospitais contam com Fundações que permitem a contratação de pessoal de várias categorias.

Quanto aos atores externos, os principais obstáculos para o funcionamento dos registros nos hospitais estudados foram: a falta de suporte das coordenações estaduais e a falta de alocação de recursos financeiros para a manutenção dos Registros Hospitalares de Câncer.

As informações obtidas através da aplicação do modelo lógico de avaliação dos Registros Hospitalares de Câncer colocam em evidência os obstáculos a serem equacionados, entre eles, a ausência de uma política de pessoal e suporte financeiro aos registros de câncer dos hospitais públicos. Torna-se clara, também, a necessidade de uma real articulação entre os gestores locais, tanto dos hospitais como das coordenações estaduais e a equipe dos registros.

9. RECOMENDAÇÕES

A experiência acumulada nos serviços públicos de saúde, a partir do uso de sistemas de informação, possibilita criar, armazenar e compartilhar dados e informações como um agente catalisador e investir na sua infraestrutura, na capacitação dos trabalhadores e em recursos tecnológicos de forma descentralizada. Cabe insistir no argumento de que para alcançar os objetivos definidos para o Registro Hospitalar de Câncer torna-se necessário considerar dimensões como: diferenças regionais, modelos mentais de gestores e trabalhadores, valores, responsabilidade social, poderes e saberes, ética e capital social, assegurando o direito à saúde enquanto dever do Estado e direito de cidadania.

Esse processo deve-se dar em profunda articulação com as instituições de ensino e pesquisa em saúde, informação e gestão, existentes no país. Portanto, deve-se incentivar a realização de pesquisas indicando o grau de consonância dos registros de câncer de base hospitalar e as práticas das organizações hospitalares, como preconiza o Ministério da Saúde.

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

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

Caberia, ainda, uma discussão do corpo clínico da oncologia, da gestão dos hospitais e das secretarias estaduais sobre metas e parâmetros necessários ao efetivo funcionamento dos registros de câncer de base hospitalar. Para tanto seria necessário desenvolver mecanismos que permitissem monitorar e avaliar essas metas, compatibilizando-as aos recursos e à capacidade instalada de cada registro.

Por fim, os sucessos parciais, aqui reconhecidos e ressaltados são prova de que existe um longo caminho a ser percorrido, sendo necessário incluir a situação dos registros de câncer dos hospitais públicos na pauta da discussão de estratégias de melhoria da qualidade da informação no controle do câncer, tanto do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer, quanto da Associação Brasileira de Registros de Câncer.

Referências Bibliográficas

ABOUZAHR, Carla & 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: fev/2010.

AQUINO, Rosana & BARRETO, Mauricio L. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(4):905-914, abr, 2008.

ARELLANO RODRÍGUEZ, Madelein. Sistemas de información: ¿adecuación a los cambios tecnológicos o herramienta de gestión? **Revista de Ciencias Sociales (RCS)** Vol. XIV, No. 3, Septiembre - Diciembre 2008, pp. 528 – 545.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições Loyola. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, 2010.

BARRETO, ML & CARMO EH. *Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde*. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(Sup): 1779-1790, 2001.

BENITO, GA & LICHESKI, AP. *Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde*. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2009 maio-jun; 62(3): 447-50

BERTALANFFY, L. Von. **Teoria Geral dos Sistemas**. Ed. Vozes; 1975.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier. **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2006.

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.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Registros de Câncer Princípios e Métodos** - O. M. Jensen, D. M. Parkin, R. MacLennan, C. S. Muir and R.G. Skeet, Publicações Científicas da IARC N ° 95 Lyon, França – 1991; Rio de Janeiro - 1995 Ministério da Saúde Instituto Nacional de Cancer - INCA Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer - Pró-Onco Divisão de Informação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância do Câncer. **Registros Hospitalares de Câncer – rotinas e procedimentos**. 1ª Edição, 2000. Rio de Janeiro – Brasil. (versão impressa)

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Antonio Pedro Mirra. **Registros de câncer no Brasil: diagnóstico de tratamento**. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério Da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Análise de Situação de Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília, 2005. 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006. 120p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. *Integração de*

informações dos registros de câncer brasileiros. Rev. Saúde Pública 2007; 41(5):865-68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer.** – Rio de Janeiro: INCA, 2009. 98 p. ISBN 978-85-7318-160-9 (versão impressa)

CARVALHO, ARL. **A incidência do câncer primitivo do fígado em Pernambuco,** Brasil Anais da Faculdade de Medicina – Universidade de Recife 1954, XIV (1): 31-40

_____ **Câncer como problema de saúde pública.** Bol. Inform Clin Câncer do Recife 1964, 3:6.

_____ *Anteprojeto do Serviço de Registro de Câncer de Pernambuco.* **Revista Brasileira de Cancerologia,** Rio de Janeiro, v. 23, p. 57-63, 1965

_____ *Câncer como problema de Medicina Tropical.* JBM 1967, 12(2): 173 – 190 / **Rev. Bras. Cancerol** 1967, 23:65 – 89.

_____ *Patterns of cancer in tropical area of Northeastern.* **Brazil Int Path,**1967, 8:50 – 54.

_____ *Estudo critico sobre o chamado linfoma de Burkitt (linfoma africano).* **Rev Bras. Cirurgia,** 1968, 56:339 – 45 / **Arq Oncol** 1968, 9:133 – 138.

_____ *Tumores e Geografia Médica.* In: Lacaz, Baruzzi, Siqueira Jr, **Introdução à Geografia Médica do Brasil,** São Paulo, Ed USP, 1972.

_____ **Registro Nacional de Tumores.** Registro Nacional de Tumores, Brasília, v. 01, n. 01, p. 1-433, 1978.

CARVALHO, ARL, SILVA, VB; SANTOS, FM. **Conduta biológica do carcinoma epidermóide do colo uterino em relação à idade (análise de 385 casos)**. Anais da Faculdade de Medicina - Universidade de Recife 1956, 16:203

CARVALHO, ARL; MOREL, S; FALCÃO, R. **Particularidades da distribuição do carcinoma epidermóide da boca em Pernambuco: Estudo de 631 casos**. Anais da Faculdade de Medicina - Universidade de Recife 1960, 20:393 12

CARVALHO, ARL; SOARES, HA. **Peculiaridades do carcinoma epidermóide ano-retal em Pernambuco**. Brasil O Hospital (Rio de Janeiro) 1965, 67:365

CARVALHO, ARL; COELHO, R. B.; KRUSE, B.; CARVALHO, M. R. C. *Registro de Câncer de Pernambuco - Organização*. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 21-25, 1967.

CARVALHO, ARL; FREITAS, DG; MARANHÃO, S. *Neoplasias malignas da infância. Estudo de 229 casos*. **Rev. Ass. Med. Bras.** 1969, 15:111-116.

CARVALHO, ARL; LOPES, W; COELHO, RB. *Patologia geográfica do carcinoma epidermóide do colo uterino*. **Anais Nord. Ginec. Obstet.** 1969, 2:74 – 80.

CARVALHO, JAM & RODRÍGUEZ-WONG, LL. *A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(3): 597-605, mar, 2008.

Center for Disease Control and Prevention. **Guidelines for Evaluating Surveillance Systems**. MMWR 1988; 37(S-5):1-18.

CUNHA, FJAP; MENDES, VLPS. **A política nacional de informação e informática: uma base para a implantação da gestão da informação nos serviços de saúde.** 2005. Disponível em: http://www.cinform.ufba.br/v_anais/artigos/francisco.html. Acesso em 20/12/2009.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, ZMA. **Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas.** p.29-47. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

COSENDEY, M. A. E. et al. *Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros.* **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(1):171-182, jan-mar, 2000

DENIS, J.L & CHANPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, ZMA, **Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas.** p. 49-88. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DONABEDIAN, Avedis. **Measuring and evaluating hospital and medical care.** Bull N. Y. Acad. Med. 1976 Jan; 52 (1): 51 -9 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1807184/pdf/bullnyacadmed00147-0054.pdf>

DONABEDIAN, Avedis. *Quality assurance. Structure, process and outcome.* **Nurs Stand**, 1992. 7(11 Suppl QA): p. 4-5.

DONABEDIAN, Avedis. *The quality of care: How can it be assessed?* **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**; Nov 1997; 121, 11; ProQuest Nursing Journals pg. 1145-50.

DONABEDIAN, Avedis. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. New York: Oxford University Press, 2003.

FERAUCHE, Thais Maria Yomoto. **Teoria Geral de Sistemas e da Informação**. [apostilha] Faculdade de Tecnologia da Praia Grande, 2006.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz, Universidade de Brasília, Finatec. **Sistema de informações**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. Série Gestão Operacional de Sistemas e Serviços de Saúde.

GOMES, Fábio de Barros Correia. *Abordagem Epidemiológica dos Sistemas de Informação do Brasil: Gerenciamento, Realização de Pesquisas e Divulgação no IESUS*. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.10 n.3 Brasília set. 2001.

GUERRA, MR; MOURA GALO, CV; MENDONÇA, GAS. *Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes*. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2005; 51(3): 227-234.

GUIMARÃES, Eliane Marina Palhares & ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 72-80, jan./abril 2004

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo et al. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil, p.89-131. In: _____. **Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. p.89-131. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, De Pouvourville, G. *Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão*. **Ciência & Saúde Coletiva** III (1): 68-82. 1998.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. *Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais*. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2):341-353, 1999.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação na Área de Saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, ZMA et al. **Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas**. p.29-47. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Registros Hospitalares de Câncer: Rotinas e Procedimentos**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em www.inca.gov.br/vigilancia. Acessado em: 11 de Nov. 2009.

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

IACR - INTERNATIONAL ASSOCIATION OF CANCER REGISTRIES. **Cancer Registration: Principles and Methods**. Edited by O.M. Jensen, D.M. Parkin, R. MacLennan, C.S. Muir and R.G. Skeet. IARC Scientific Publication Nº 95. Lyon, France. 1991. (versão impressa).

IACR - INTERNATIONAL ASSOCIATION OF CANCER REGISTRIES. *Social Inequalities and Cancer*. **IARC Scientific Publication** No. 138 Edited by M. Kogevinas, N. Pearce, M. Susser and P. Boffetta, Lyon, France. 1997. (versão impressa).

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

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

KUNKEL, Stefan; Rosenqvist, Urban; Westerling, Ragnar. **The structure of quality systems is important to the process and outcome, an empirical study of 386 hospital departments in Sweden**. BMC Health Services Research 2007, 7:104. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/104>

LESSA, Fábio José Delgado Lessa e cols. *Novas Metodologias para Vigilância Epidemiológica: Uso do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS*. **Informe Epidemiológico do SUS**, 2000; 9(Supl. 1): 3-27.

MADELEIN, Arellano Rodríguez. *Sistemas de información: ¿adecuación a los cambios tecnológicos o herramienta de gestión?* **Revista de Ciencias Sociales**. Vol. 14, nº 3, Marcaibo: Dec/2008, pp.528-545.

MEDICI, André Cezar & BELTRÃO, Kaizô Iwakami. *Transição demográfica no Brasil: uma agenda para pesquisa*. **Planejamento e Políticas Públicas** nº 12 - jun/dez de 1995.

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. saúde coletiva** vol.12 nº 3, Rio de Janeiro May/June, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6a ed. Rio de Janeiro (RJ): Abrasco; 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Avaliativa por Triangulação de Métodos. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier. p.163-190. **Avaliação**

Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; Deslandes, Suely Ferreira. **Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 349p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; Deslandes, Suely Ferreira. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(5):1641-1649, 2009.

MIRRA, AP. **Registros de câncer no Brasil e sua história.** Ministério Da Saúde; Instituto Nacional do Câncer. TOMGRAF Editora Ind. Gráfica Ltda. São Paulo, Brasil. 2005.

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi & GOMEZ, Maria Nélida Gonçalves. *Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde.* **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(3): 553-565, 2007.

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi, Santos SRFR. *Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas.* **Informe Epidemiológico do SUS**, 10(1): 49-56, 2001.

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

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; Tanaka, Oswaldo Yoshimi. A Epidemiologia na Avaliação dos Serviços de Saúde: A Discussão da Qualidade. **Saúde e Sociedade** 4(1/2): 111-113, 1995.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública** vol.34 n.5 São Paulo Oct. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE. **Informe sobre a saúde no mundo 2000: melhorar o desempenho dos sistemas de saúde.** *World Health Report. Genebra, Suíça*, 2000.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer Pesquisa Qualitativa.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2007.

OLIVEIRA JÚNIOR, FJM; Cesse, EAP. *Morbi-mortalidade do câncer na cidade do Recife na década de 90.* **Revista Brasileira de Cancerologia.** 51(3): 201-208, 2005.

OTERO, EB et al. *Aplicação de uma metodologia de screening para avaliar a mortalidade por câncer em municípios selecionados do Estado de Minas Gerais, Brasil.* **Cad. Saúde Pública** vol.23 suppl.4 Rio de Janeiro 2007.

PARKIN, DM et al. **Manual de auto-instrução para Registrador de Tumores.** Livro 5 - 1ª Edição Brasileira Ministério da Saúde Instituto de Programas de Controle do Câncer Coordenação de Programas de Controle do Câncer Divisão de Informação. Brasília, 1991.

PEREIRA, Júlio Cesar R. **Análise de Dados Qualitativos: Estratégias Metodológicas para as Ciências de Saúde, Humanas e Sociais.** 3. ed 1. reimpr. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo.

PINHEIRO, Zina; Cabral, Elisângela; Vianna, João Luiz; Ramos, Danielle Nogueira; Noronha, Claudio Pompeiano; Rebelo, Marise Souto. **RHCBRASIL: ferramenta de gestão do conhecimento para consolidação e disseminação de informações dos centros de referência para assistência oncológica**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: www.inca.gov.br. Acessado em: 11/Nov/2009.

PINTO, N.R.S; et al. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(4):927-938, abr, 2009.

SAMICO, Isabella et al. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. *Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil*. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9(4): 897-908, 2004.

SERAPION, Mauro. Avaliação da Qualidade em Saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier. p.207-227. **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2006.

TOMASI, Elaine; FACCHINI Luiz Augusto; MAIA, Maria de Fátima Santos. *Health information technology in primary health care in developing countries: a literature review*. **Bulletin World Health Organization**, vol. 82 n.11; 867-875. Genebra, November 2004. Disponível em: <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/83/8/578.pdf>. Acesso em: fev/2010.

VALSECCHI, MARIA GRAZIA; STELIAROVA-FOUCHER, EVA. *Cancer registration in developing countries: luxury or necessity?* **Lancet Oncol** 2008; **9**: 159–67. Disponível em: <http://oncology.thelancet.com>

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. & Formigli, Vera Lúcia A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10(1): 80-91, jan/mar, 1994.

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

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Trad. Daniel Grassi. 2ª ed. Porto Alegre. Bookman, 2001.

Bibliografia Consultada

ECO, Humberto. **Como se Faz uma tese**. Tradução Gilson Cesar Cardoso de Souza. São Paulo: Perspectiva, 2007. 21 ed.

CONTRANDIOPOULOS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Hucitec. p.13- 31.

HADDAD, Nagib. **Metodologia de Estudos em Ciências da Saúde: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico**. São Paulo: Rocca, 2004.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1986.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

UFPR - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Comissão de Normalização de Trabalhos Acadêmicos. **Normas para elaboração de trabalhos acadêmicos.** - Curitiba: UFPR, 2008. 122 p.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. **Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias.** São Paulo: SBD/FMUSP, 2004.

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DE REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER, EM TRÊS CAPITALIS DO NORDESTE BRASILEIRO, sob a responsabilidade da mestrandia Lucia Reis do Nascimento, matriculada no Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva – PPGISC – da Universidade Federal de Pernambuco.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar a implantação de Registros Hospitalares de Câncer é que, segundo o INCA, dos 40 centros de atenção oncológica existentes no Nordeste do Brasil, 18 têm RHC implantado e apenas dois (RHC de instituições privadas) enviaram suas bases de dados ao Instituto Nacional do Câncer. Este estudo tem por finalidade de avaliar o funcionamento do RHC em centros públicos de assistência em oncologia do nordeste de forma sistematizada e identificar as interações contextuais que influenciam na implantação desses registros. A pesquisa se justifica pela importância de se manter o funcionamento pleno de todos os registros de câncer do país, com vistas a atender os objetivos de um RHC, de propiciar aos gestores as informações necessárias para a definição de estratégias de intervenção para ajustes na funcionalidade destes serviços. O objetivo desse projeto é avaliar o funcionamento do Registro Hospitalar de Câncer de um dos Centros de Atenção Oncológica (CACON/UNACON) da rede pública de saúde em três capitais do nordeste brasileiro através da análise da estrutura e do processo. A coleta de dados ocorrerá através de entrevista, seguindo um roteiro, aplicada ao Diretor da Instituição, ao Coordenador do Registro Hospitalar de Câncer e ao Registradores de câncer.

DESCONFORTOS E BENEFÍCIOS: Existe um desconforto mínimo para você que se submeter à coleta de dados, pois suas atividades diárias deverão ser interrompidas durante a entrevista, sendo que sua participação terá como benefício a contribuição

para o aprimoramento dos Registros Hospitalares de Câncer. Você receberá, ao final da pesquisa, um relatório com sugestões de melhorias, se for o caso, relativas à *estrutura e ao processo do RHC*.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da entrevista permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Programa de Pós Graduação e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE:
Eu, _____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar.

Em caso de dúvidas poderei chamar a mestrandia LUCIA REIS DO NASCIMENTO, através do telefone (81) 2126-3988 ou do e-mail: lu.rainha@bol.com.br ou ainda no endereço profissional Hospital das Clínicas, Av. Prof. Moraes Rego S/N, CEP: 50.670-901, Cidade Universitária, Recife. Poderei contatar também com a professora orientadora SANDRA VALONGUEIRO pelo telefone (81) 2126-3776 ou no endereço

profissional Programa Integrado de Pós Graduação em Saúde Coletiva situado na Av. Prof. Moraes Rego S/N CEP: 50.670-901, Recife e, ainda, com o COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA da UFPE, Av. Prof. Moraes Rego S/N CEP 50.670-901, Recife, ou pelo telefone (81) 2126-8588 ou e-mail cepccs@ufpe.br.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

Nome	Assinatura da Testemunha	Data
------	--------------------------	------

APÊNDICE B: Instrumento para coleta dos dados com os registradores e coordenadores dos registros de câncer.

ESTRUTURA

Ano de implantação do RHC

Possui sala exclusiva, linha telefônica exclusiva

Número de integrantes exclusivos do RHC

Tem coordenador oficial (profissão, carga horária)

Possui Comissão Assessora (nº e profissão dos integrantes)

Mobiliários exclusivos (adequados em nº e condições de uso)

Equipamentos exclusivos (adequados em nº e condição de uso)

Está ligado à internet

Definição de recursos financeiros para a manutenção do RHC

Rotinas estão documentadas e de fácil acesso

Existe registro de ocorrências

Existe registro de reuniões da equipe; da equipe com a Comissão; da equipe com a Coordenação Estadual

Nº de visitas a equipe do RHC recebe da Coordenação Estadual em um mês. Registro dessas visitas

PROCESSO

Ano que iniciou coleta de dados

Ano com dados consolidados

Objetivos do RHC

Fluxo de informações estabelecido

As fontes que o RHC utiliza para resgate dos casos

As fontes que notificam

Dificuldade no preenchimento de fichas

Dificuldades e facilidades na coleta de dados

Fluxograma de operacionalização do RHC (inclui: busca ativa, preenchimento das fichas,

checagem de consistência, duplicidade, etc.)

Consolidação e envio dos dados

Existência de cronograma: fechamento dos casos, emissão de relatórios, publicização dos relatórios, etc.

Existência de comparações com outras unidades de atenção oncológica

Uso das informações para aprimoramento do corpo clínico, protocolos terapêuticos e pesquisas

Cobertura do RHC (nº de casos que o RHC cadastra por ano / nº de casos novos que chegam ao serviço)

Uso das informações pelos gestores do hospital para o planejamento

Relatórios anuais, boletins ou outro tipo de divulgação das informações produzidas, desde a implantação do RHC

Aspectos Contextuais

Colaboração dos profissionais dos setores fontes de dados

Apoio da gestão local

Dificuldades e facilidades relatadas pela equipe na realização das atividades

Mudança técnica e/ou políticas e/ou administrativas no hospital que interferiram no funcionamento do RHC.

APÊNDICE C: Instrumento para coleta dos dados com os diretores dos hospitais.

ESTRUTURA

Possui sala exclusiva, linha telefônica exclusiva

Tem coordenador oficial (profissão, carga horária)

Possui Comissão Assessora (nº e profissão dos integrantes)

Os membros do RHC estão capacitados para o desenvolvimento das atividades

Definição de recursos financeiros para a manutenção do RHC

PROCESSO

Quais os objetivos do RHC

Sistema de monitoramento da atuação do RHC e periodicidade desse monitoramento

Como ocorre a divulgação das informações do RHC

Existência de comparações com outras unidades de atenção oncológica

Uso das informações para fins de pesquisa e publicações

Uso das informações pelos gestores do hospital para o planejamento

Relatórios anuais recebidos desde a implantação do RHC

Publicação interna e/ou externa das informações geradas pelo RHC (boletins, cartazes, periódico, outros)

Conhecimento e registro do perfil assistencial da instituição

Conhecimento e registro do perfil dos pacientes da instituição

Conhecimento do percentual de sobrevida dos pacientes

As informações geradas pelo RHC são discutidas em reunião da diretoria

Utilidade do RHC para o hospital

Aspectos Contextuais

Apoio da gestão local

Dificuldades e facilidades relatadas pela equipe na realização das atividades

Mudança técnica e/ou políticas e/ou administrativas no hospital que interferiram no funcionamento do RHC.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DISPONÍVEL NO SITE DO INCA

Instrumento para coleta de dados para Diagnóstico de Funcionamento do Registro Hospitalar de Câncer - RHC

Dados do Hospital

1 - Qual o nome completo do hospital?

2 - Qual o endereço do hospital?

Logradouro:

Complemento:

Número:

Estado:

Cidade:

Bairro:

Cep:

3 - O hospital é:

4 - O hospital é de Caráter:

Público

Privado

Conveniado

Filantrópico

5 - O hospital está credenciado ao sistema das APAC

5a - Qual a classificação do seu hospital?

CACON I

CACON II

6 - O hospital tem RHC implantado?

Dados sobre o RHC

7 - Como contactar o serviço do RHC?

Telefones:

Fax:

Email:

8 - O RHC possui linha telefônica para uso exclusivo do RHC?

8a - Descrição do Setor que compartilha telefone:

9 - Qual o nome da pessoa para contato?

10 - Em qual ano o RHC foi implantado?

11 - O RHC possui sala para uso exclusivo?

12 - Especificar que tipo de mobiliário o RHC possui e se são patrimoniados para o RHC.

13 - Especificar, que tipo de equipamento os que são de uso exclusivo do RHC e os que são de uso compartilhado.

14 - O RHC possui algum tipo de apoio financeiro?

14b - Periodicidade do apoio financeiro

15 - Em qual ano o RHC iniciou a coleta de dados?

16 - Quantos anos de dados consolidados o RHC possui?

17 - Qual o último ano de dados consolidados do RHC?

18 - Qual o ano que RHC está cadastrando os casos?

19 - Como os casos são coletados pelo RHC?

20 - Qual a principal fonte que o RHC utiliza para resgatar os casos?

21 - Quantos casos o RHC cadastra, média, por ano?

22 - Qual o percentual?

Analítico: Não Analítico:

23 - O RHC já produziu relatório técnico anual?

24 - Qual outro tipo de divulgação dos dados que o RHC já produziu?

25 - O RHC faz seguimento dos casos cadastrados?

25b - Descrição

26 - O RHC está informatizado?

27 - O RHC possui coordenador oficial?

Equipe

27a - Qual o nome do coordenador?

27b - Escolaridade do Coordenador

27c - Carga horária do Coordenador

28 - Quantos são os integrantes da equipe técnica do RHC?

28a - Integrantes

Nome	Escolaridade	Carga Horária	Função	Treinou?	Descricao do Treinamento
------	--------------	---------------	--------	----------	--------------------------

29 - O RHC possui Comissão Assessora?

29a - Integrantes da Comissão Assessora

Nome	Escolaridade	Carga Horária	função	Treinou?	Descricao do Treinamento
------	--------------	---------------	--------	----------	--------------------------

Sistema de coleta

30 - O RHC utiliza, para informatização dos dados coletados, o aplicativo disponibilizado pelo INCA - SisRHC?

30a - Qual a versão do SisRHC que está utilizando atualmente?

30b - Quantos técnicos do RHC receberam treinamento para utilização do aplicativo?

30c - Para qual ano de dados coletados iniciou a utilização do SisRHC?

31 - O RHC possui suporte técnico para informática?



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº. 322/2010 - CEP/CCS

Recife, 23 de novembro de 2010

Registro do SISNEP FR - 379064

CAAE - 0392.0.172.000-10

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 395/10

Título: **Análise do funcionamento do Sistema de Registro Hospitalar de Câncer em três cidades do Nordeste brasileiro.**

Pesquisador Responsável: Lucia Reis do Nascimento

Senhor(a) Pesquisador(a):

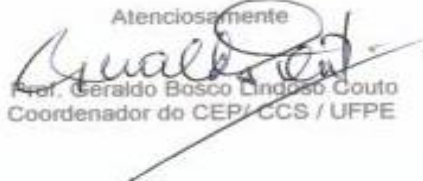
Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epigrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 23 de novembro 2010.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

A.

Mestranda Lucia Reis do Nascimento

Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva - CCS/UFPE

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos em receber, **Lúcia Reis do Nascimento**, aluna do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE, sob a orientação de Dra. Sandra Valongueiro Alves e Co-orientação da Profª. Fábila Maria de Lima, Enfermeira do Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

A mesma deverá desenvolver seu trabalho de coleta de dados do Projeto de Pesquisa intitulado: "Análise do Funcionamento do Sistema de registro Hospitalar de Câncer, em Três Cidades do Nordeste Brasileiro".

A pesquisa será realizada no Serviço de Oncologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em consonância com a resolução CNS/CONEP- 196/96.

Após a aprovação junto ao Comitê de Ética da UFPE, a aluna deverá comparecer à Unidade de Pesquisa Clínica do HUOC/PROCAPE, entregar a cópia do projeto aprovado para que este seja submetido ao CEP da nossa instituição, que tomará ciência e posterior liberação da execução do projeto.

Recife, 05 de outubro de 2010.



Raiton Bezerra de Melo

Diretor do Hospital Universitário Oswaldo Cruz





UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
GABINETE DA DIRETORIA GERAL

DESPACHO Nº 33/2010

Campina Grande 22 de setembro de 2010

PROCESSO Nº 23096.032085/10-21

ASSUNTO: Encaminhar orientação interna de frequência 01/HUAC/DRH.

INTERESSADO: Departamento Pessoal

1. Ciente e de acordo com a realização dos trabalhos nas dependências deste HUAC;
2. Encaminhe-se a Sra. Ana Bernarda Ludemir, Coordenadora do PIPAS/UFPE para conhecimento.

Atenciosamente,



Alana Abrantes Nogueira de Pontes
Diretora Geral HUAC/UFCG



**Programa de Pós-Graduação Integrado em
Saúde Coletiva do Centro de Ciências da
Saúde da UFPE**



Of. nº 38/10 – PPGISC

Recife, 08 de setembro de 2010.

Ao Hospital Universitário Alcides Carneiro

Solicitamos a V.Sª, Carta de Anuência para **Lúcia Reis do Nascimento**, aluna regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, a fim de proceder a execução do Projeto de Pesquisa intitulado: **"Análise do Funcionamento do Sistema de Registro Hospitalar de Câncer, em Três Cidades do Nordeste Brasileiro"**, sob a coordenação e orientação do(a) pesquisador(a) Sandra Valongueiro Alves, facultando o uso das instalações do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco.

Atenciosamente,

ANNA B. DE ALMEIDA
SLAPE 2284152
COORDENADORA DO PPGISC



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES

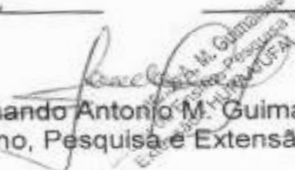
AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA NO HUPAA/UFAL

Autorizo ao (a) estudante **LUCIA REIS DO NASCIMENTO** do Curso de **Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco** ter acesso ao Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas HUPAA/UFAL), visando realização de coleta de dados através de entrevista com os seus componentes e observação de seus processos, objetivando trabalho de pesquisa, com título **ANÁLISE DO FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER, EM TRÊS CIDADES DO NORDESTE BRASILEIRO** para fins de conclusão do Mestrado (Dissertação), devendo o(a) mesmo(a) comprometer-se a seguir as normas e rotinas do Serviço. Deverá manter sigilo da identificação do (a) paciente, e só divulgar os resultados obtidos, em reuniões e publicações científicas e/ou junto ao grupo de estudo relacionado a pesquisa.

Maceió, 29 de setembro de 2010.

Aluno(a)

Orientador(a)


Fernando Antonio M. Guimarães
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão/HUPAA/UFAL

Direção de Ensino

Av. Lourival Melo Mota, S/N - Tabuleiro do Martins - 57072-900 - Maceió/Alagoas

Telefone: 82 XX 3322-2605 / 9307-7757 - Fax: 82XX3 322-2494

www.hu.ufal.br

E-mail: ensino@ufal.br - Home Page: