



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

MARCELA MARIA NASSAR DE VASCONCELOS

ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO REGISTRO
HOSPITALAR DE CÂNCER EM PERNAMBUCO

RECIFE
2020

MARCELA MARIA NASSAR DE VASCONCELOS

**Análise de Implantação do Registro Hospitalar de Câncer
em Pernambuco**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientadora: Dra Zulmira Maria de Araújo Hartz

Coorientadoras: Luciana Caroline Albuquerque Bezerra
Emmanuelly Correia de Lemos

**RECIFE
2020**

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Ficha Catalográfica BAB-028/2020
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

V331a Vasconcelos, Marcela Maria Nassar de

Análise de Implantação do Registro Hospitalar de Câncer em Pernambuco / Marcela Maria Nassar de Vasconcelos. Orientadora: Zulmira Maria de Araújo Hartz. Coorientadoras: Luciana Caroline Albuquerque Bezerra; Emmanuely Correia de Lemos – Recife: Do Autor, 2020.

101 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, 2020.

1. Políticas Públicas de Saúde. 2. Neoplasias. 3. Monitoramento Epidemiológico. I. Hartz, Zulmira Maria de Araújo: orientadora. II. Bezerra, Luciana Caroline Albuquerque: coorientadora. III. Lemos, Emmanuely Correia de: coorientadora. IV. Título.

CDD 362.1072

MARCELA MARIA NASSAR DE VASCONCELOS

**Análise de Implantação do Registro Hospitalar de Câncer
em Pernambuco**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 10 de junho de 2020

BANCA EXAMINADORA

Maria Luíza Timóteo - UFPE

Isabella Samico - IMIP

Zulmira Maria de Araújo Hartz - IMIP

AGRADECIMENTOS

À Deus, meu maior mestre, pelo seu eterno e imensurável amor, que me fortalece todos os dias e me ensina em cada passo da caminhada.

À minha orientadora Zulmira, e às minhas coorientadoras: Luciana Caroline, por me acolher desde a residência em Saúde Coletiva e acreditar no meu potencial; e Emmanuely Lemos, Manu, por ser um exemplo de profissional e pessoa na minha vida, além de uma grande amiga. Gratidão por tanto que você me faz crescer.

À banca examinadora, por toda disponibilidade e contribuição desde o período da qualificação desse estudo.

Aos Hospitais Oncológicos de Pernambuco, que viabilizaram a realização desse estudo; e às equipes hospitalares dos RHC, que me ensinaram a amar esse serviço e acreditar e lutar por ele.

Aos professores do mestrado, por toda contribuição e ensinamentos nesses dois anos, em especial à professora Isabela Samico, por contribuir diretamente com o meu trabalho em um contexto tão atípico.

Às colegas/amigas da melhor turma do mestrado que, além de grandes ensinamentos, me proporcionaram momentos de leveza e diversão nesses dois anos, e com os melhores almoços no Mercado da Boa Vista!

À minha família, meu Pai, minha Mãe, minhas irmãs, Marina e Flávia, e cunhados, Léo e Carlito: obrigada pela compreensão nas ausências e por acreditarem no meu potencial mais do que eu mesmo acredito! E aos sobrinhos amados de tia Sássa: Gabriel, Miguel, Leca, Mari Mari e Peu, pela doçura, inocência e alegria do dia a dia.

À Denis, meu marido, pela construção da nossa família ao longo desses dois anos e por tanta compreensão nas minhas ausências, nos meus períodos de estresse, e ainda organizar o melhor ambiente para eu produzir o estudo. Agradeço por tanto companheirismo, cuidado e amor.

Às minhas “Íntimas”, que mesmo com os vários altos e baixos durante esses dois anos: PERMANECEMOS! E soubemos fazer da maior fraqueza, a nossa fortaleza e união. Gratidão aos momentos que eternizamos e aos momentos que continuarão.

À Mel, minha anjinha de 4 patas, que passou boa parte desses dois anos comigo, sendo minha fiel companheira de estudos na madrugada, e à Dóris, minha mais nova companheira de 4 patas, que chegou para me mostrar que um novo amor é possível.

A todos os meus amigos, de longas datas ou não, pela compreensão, presença e carinho. Em especial à Rapha, Renata e Kétura, que compartilharam as dores e delícias da caminhada do mestrado; e a Priscilla, Mari, Croque, Roxana e Tate, por estarem sempre presentes nessa saga e em tantas outras.

À equipe da GVDANTPS, minha convivência diária, meu muito obrigada pelo apoio, paciência, amizade, união e por todo o exemplo e ensinamento de ser resistência. Além dos lanches fartos, claro, que melhoram os nossos dias!

A todos que direta e indiretamente compartilharam e contribuíram para realização dessa conquista, minha GRATIDÃO!

RESUMO

Introdução: O câncer vem crescendo em número e importância no perfil epidemiológico mundial e nacional, e esse quadro evidenciou a necessidade do aprimoramento da vigilância em saúde para o câncer. No Brasil, existem referências literárias da vigilância do câncer desde 1937, mas só em 1983 se instituiu o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), que constitui em uma fonte de coleta de informações que reúne dados dos pacientes com diagnóstico de câncer. Para garantir que os objetivos do RHC sejam alcançados, é necessário que o registro esteja implantado com boa cobertura e com dados consistentes e oportunos e, para verificar essa implantação do RHC, um excelente campo é a avaliação em saúde. **Objetivo:** Avaliar a implantação do RHC no estado de Pernambuco por meio da estimativa do grau de implantação (GI) das unidades em funcionamento e da influência exercida pelos elementos contextuais (políticos e estruturais) neste grau em duas unidades do estado, a de maior e menor GI. **Métodos:** Constitui-se em uma pesquisa avaliativa de análise de implantação que possibilita a compreensão da implantação por meio da estimativa do GI dos RHC e da influência exercida pelos elementos contextuais estruturais e políticos neste grau, em duas unidades do estado. A área de estudo foi composta pelas unidades oncológicas de Pernambuco que possuem o RHC, sendo usado como pré-requisito de inclusão o registro instalado, em funcionamento e com envio de pelo menos um banco de dados anual completo, após o ano de 2014. Para a obtenção do GI, foi construído o modelo teórico-lógico do RHC em Pernambuco e a matriz de análise e julgamento. Com base nessa matriz, foi construído e aplicado o questionário em cada uma das unidades incluídas na pesquisa. Para análise do contexto organizacional, utilizou-se como referência o modelo político e contingente de Denis e Champagne, a partir do qual foi elaborado o roteiro para entrevista com informantes-chaves. Para o contexto, foi usada a técnica qualitativa de interpretação dos sentidos, com a perspectiva hermenêutica associada à perspectiva dialética. **Resultados:** Verificou-se a classificação de “parcialmente implantado” para todas as unidades avaliadas. A unidade 05 apresentou o maior grau e a unidade 06 apresentou o menor grau. Na influência do contexto organizacional sob o GI, observou-se alguns elementos em que o contexto contribuiu para a implantação, como a condição estrutural adequada para o funcionamento do registro, a baixa rotatividade das equipes do RHC e a parceria com outros setores da unidade. Em contraponto, foram observados alguns entraves do contexto sob o GI, como o não uso do perfil epidemiológico do RHC para subsidiar a gestão, a ausência de uma rotina de qualificação dos dados e a condição estrutural, que apesar de positiva para um cenário, foi negativa para outro. **Conclusões:** Desta forma, esta pesquisa evidenciou que o RHC em Pernambuco se encontra parcialmente implantado e ainda necessita de uma melhoria em diversos pontos estruturais e de processo para se encontrar plenamente implantado. **Recomendações:** Foram elaboradas recomendações como prover o quantitativo de recursos humanos necessário; investir na satisfação profissional; realizar reuniões da gestão hospitalar; integração do RHC com os setores parceiros e inclusão das informações fornecidas pelo registro para planejamento local.

Palavras-chave: Avaliação em saúde, câncer, vigilância epidemiológica

ABSTRACT

Introduction: The cancer has been growing in number and importance in the global and national epidemiological profile, and this situation has highlighted the need to improve health surveillance for cancer. In Brazil, there have been literary references to cancer surveillance since 1937, but it was only in 1983 that the Hospital Cancer Registry (HCR) was established, which is a source of information collection that gathers data from patients diagnosed with cancer. To ensure that the objectives of the HCR are achieved, it is necessary that the registry be implemented with good coverage and with consistent and timely data and, to verify this implementation of the HCR, an excellent field is health evaluation. **Objective:** To evaluate the implementation of HCR in the state of Pernambuco by estimating the degree of implementation (DI) of the units in operation and the influence exerted by the contextual elements (political and structural) in this degree in two units of the state, the largest and lower DI. **Methods:** It consists of an evaluative research of implantation analysis that allows the understanding of the implantation through the estimation of the DI of the HCR and the influence exerted by the structural and political contextual elements in this degree, in two units of the state. The study area was made up of the oncology units in Pernambuco that have the HCR, and the registry installed, in operation and with the sending of at least one complete annual database, after 2014, is used as a prerequisite for inclusion. to obtain the DI, the theoretical-logical model of the HCR was built in Pernambuco and the analysis and judgment matrix. Based on this matrix, the questionnaire was built and applied in each of the units included in the survey. For the analysis of the organizational context, the political and contingent model of Denis and Champagne was used as a reference, from which the script for the interview with key informants was elaborated. For the context, the qualitative technique of interpretation of the senses was used, with the hermeneutic perspective associated with the dialectic perspective. **Results:** The classification of “partially implanted” was verified for all evaluated units. Unit 05 had the highest grade and unit 06 had the lowest grade. In the influence of the organizational context under the DI, some elements were observed in which the context contributed to the implementation, such as the adequate structural condition for the functioning of the registry, the low turnover of the HCR teams and the partnership with other sectors of the unit. In contrast, some obstacles in the context under the DI were observed, such as the non-use of the HCR epidemiological profile to support management, the absence of a data qualification routine and the structural condition, which, although positive for a scenario, was negative for another. **Conclusions:** In this way, this research showed that HCR in Pernambuco is partially implemented and still needs improvement in several structural and process points to be fully implemented. **Recommendations:** Were made on how to provide the necessary human resources; invest in job satisfaction; hold hospital management meetings; HCR integration with partner sectors and inclusion of information provided by the registry for local planning.

Keyword: Health evaluation, cancer, epidemiological surveillance

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO	1
II.	JUSTIFICATIVA	8
III.	PERGUNTAS AVALIATIVAS.....	9
IV.	OBJETIVO	10
4.1	GERAL:	10
4.2	ESPECÍFICOS:.....	10
V.	MÉTODOS	11
5.1	DESENHO DE ESTUDO	11
5.2	ÁREA DE ESTUDO.....	11
5.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	12
5.4	PERÍODO DO ESTUDO	14
5.5	ELABORAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO E FATORES CONTEXTUAIS.....	14
5.5.1	GRAU DE IMPLANTAÇÃO	14
5.5.2	CONTEXTO POLÍTICO E ESTRUTURAL	22
5.6	COLETA DE DADOS.....	22
5.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	23
5.7.1	GRAU DE IMPLANTAÇÃO	23
5.7.2	CONTEXTO POLÍTICO E ESTRUTURAL.....	24
5.7.3	INFLUÊNCIA DO CONTEXTO POLÍTICO E ESTRUTURAL NO GI.....	25
5.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	25
VI.	RESULTADOS	26
6.1	GRAU DE IMPLANTAÇÃO	26
6.2	CONTEXTO POLÍTICO E ESTRUTURAL	36
VII.	DISCUSSÃO	44
VIII.	CONCLUSÃO	57
IX.	RECOMENDAÇÕES.....	58
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
	APÊNDICE A: MODELO LÓGICO: REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER – PERNAMBUCO.....	65

APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DOS REGISTROS HOSPITALARES DE CÂNCER EM PERNAMBUCO.....	72
APÊNDICE C: MATRIZ DE ANÁLISE DO CONTEXTO POLÍTICO E ESTRUTURAL	80
APÊNDICE D: ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ANÁLISE DO CONTEXTO POLÍTICO E ESTRUTURAL.....	81
APÊNDICE E: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	82
ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ETICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA	85

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Cacon	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Centro de Controle e Prevenção de Doenças)
CEOC	Centro de Oncologia de Caruaru
CID – O	Classificação Internacional de Doenças para Oncologia
CNCC	Campanha Nacional Contra o Câncer
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ECIS	European Cancer Information System (Sistema Europeu de Informações de Câncer)
ENCR	European Network of Cancer Registries (Rede Européia de Registros de Câncer)
GI	Grau de Implantação
HBL	Hospital Barão de Lucena
HCP	Hospital do Câncer de Pernambuco
HDM	Hospital Dom Malan
HC-UFPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
HEMOPE	Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco
HMA	Hospital Memorial Arcoverde
HRA	Hospital Regional do Agreste
HUOC	Hospital Universitário Oswaldo Cruz
IARC	International Agency for Research on Cancer (Agência Internacional de Pesquisa em Câncer)
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
NAACCR	North American Association of Central Cancer Registries (Associação Norte-Americana de Registros Centrais de Câncer)

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NCI	National Cancer Institute (Instituto Nacional de Câncer)
NPCR	National Program of Cancer Registries (Programa Nacional dos Registros de Câncer)
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
RHP	Real Hospital Português
SEER	Sueveillance, Epidemiology and End Results Program (Programa de Vigilância, Epidemiologia e Resultados Finais)
SEQUIPE	Serviço de Quimioterapia de Pernambuco
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SisRHC	Sistema de Informatização dos Dados de Registro Hospitalar de Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UHNSP	Unidade Hospitalar Casa Saúde Materna Nossa Senhora do Perpétuo Socorro

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Envio do banco de dados do Registro Hospitalar de Câncer. Pernambuco, 2018	13
Quadro 2: Matriz de análise e julgamento: Registro Hospitalar de Câncer – Pernambuco, 2019.....	17
Quadro 3: Pontuação do grau de implantação por componentes e dimensões de estrutura e processo, segundo unidade oncológica. Pernambuco, 2019.....	27
Quadro 4: Pontuação estratificada das variáveis <i>recursos humanos e recursos físicos</i> , segundo unidade oncológica. Pernambuco, 2019.....	28
Quadro 5: Pontuação estratificada das variáveis <i>equipamentos, insumos e normas</i> , segundo unidade oncológica. Pernambuco, 2019.....	29
Quadro 6: Pontuação estratificada do componente <i>gestão hospitalar</i> , segundo unidade oncológica. Pernambuco, 2019.....	30
Quadro 7: Pontuação estratificada do componente <i>coordenação do setor RHC</i> , segundo unidade oncológica. Pernambuco, 2019.....	31
Quadro 8: Pontuação estratificada dos componentes <i>produção e qualificação de dados</i> , segundo unidade oncológica. Pernambuco, 2019.....	33
Quadro 9: Pontuação estratificada do componente <i>educação na saúde</i> , segundo unidade oncológica. Pernambuco, 2019.....	35

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição territorial dos Registro Hospitalar de Câncer. Pernambuco, 2018	12
Figura 1: Modelo teórico-lógico do Registro Hospitalar de Câncer de Pernambuco, 2019.....	16
Figura 3: Achados sob a perspectiva hermenêutica dialética das entrevistas para o contexto político e estrutural da unidade 05.....	54
Figura 4: Achados sob a perspectiva hermenêutica dialética das entrevistas para o contexto político e estrutural da unidade 06.....	54
Figura 5: Pontos de dissenso e consenso da análise de implantação entre as duas unidades que tiveram seus contextos analisados (unidades 05 e 06).....	55

I. INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas um problema de saúde pública com grande ameaça para a economia e sociedade¹. Dentro desse cenário, o câncer vem crescendo em número e importância no perfil epidemiológico mundial e nacional. A formação e desenvolvimento da maioria dos cânceres ocorrem por meio de um longo processo, onde há constante exposição aos fatores determinantes da doença, sendo consequência muitas vezes das mudanças de padrão da sociedade, tais como urbanização, novos estilos de vida e envelhecimento da população^{2,3}.

De acordo com a folha informativa da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁴, o câncer foi responsável por 9,6 milhões de mortes no ano de 2018, sendo 70% delas em países de baixa e média renda. No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), entre os anos de 2010 e 2018, a estimativa para o número de casos novos de câncer no Brasil aumentou em 29,8%, passando de 489.270 casos para 634.880. Em Pernambuco, esse aumento foi de 20,1% no número de casos novos, no mesmo período⁵.

Esse quadro evidenciou a necessidade do aprimoramento de um sistema de vigilância em saúde específico para o câncer, no qual busca se conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessa doença. Mundialmente, grande parte da vigilância do câncer vem sendo incentivada pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC, na sigla em inglês), uma organização não governamental que mantém relações oficiais com a Organização Mundial da Saúde (OMS), e que tem o objetivo de estimular o desenvolvimento e a implementação de diversas medidas para controle e redução do câncer. Essa agência vem fomentando a mudança do foco das pesquisas, que

comumente eram voltadas para o aprimoramento do tratamento, para a promoção da saúde e prevenção da doença, como por exemplo os Manuais de Prevenção de Câncer da IARC, que aborda temas como excesso de peso e sua relação com o câncer, por meio de uma revisão de evidências científicas. A última versão desse manual foi publicada em 2016 e foi elaborada por 21 especialistas de 08 países ⁶.

Outro projeto da IARC é o GLOBOCAN, que tem por objetivo fornecer as estimativas de incidência, mortalidade e prevalência do câncer no mundo, por meio dos dados de 185 países, incluindo o Brasil, e utilizando métodos estatísticos variados a fim de gerar dados de alta qualidade. Sua publicação mais recente foi em 2018⁷.

Nos Estados Unidos, a vigilância do câncer consiste em coleta, análise/interpretação e disseminação dos dados dos casos novos de câncer. Nesse país, a vigilância possui dados de qualidade, que são coletados por dois programas: o Programa de Vigilância, Epidemiologia e Resultados Finais (SEER), criado em 1973, pelo Instituto Nacional de Câncer – NCI; e o Programa Nacional dos Registros de Câncer (NPCR), criado em 1992, pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC). Ambos os programas, juntamente com a estratégia do Canadá, são apoiados pela Associação Norte-Americana de Registros Centrais de Câncer (NAACCR), que fornecem treinamentos para qualificação dos profissionais e, conseqüentemente, dos dados⁸.

Na Europa, desde 1990, a Rede Europeia de Registros de Câncer (ENCR) é responsável por treinamentos em registros de câncer, divulgações sobre dados epidemiológicos do câncer em diferentes regiões da Europa e definições de padrões de coleta de dados⁹. Em 2018, foi lançado o Sistema Europeu de Informações de Câncer (ECIS), que possibilita a divulgação de estatísticas e tendências do câncer na Europa para toda a população, mostrando as variações das distribuições geográficas entre os

dados dos 150 registros de base populacional dos 32 países que fazem parte desse sistema¹⁰.

No Brasil, existem referências literárias da vigilância do câncer 1937, com a abertura do primeiro centro especializado em câncer, no Rio de Janeiro, o Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, que executava pesquisas de caráter etiológico e epidemiológico sobre a doença. Em 1957, foi instituído o INCA que, por meio da Campanha Nacional Contra o Câncer (CNCC), constituiu instituições filiadas nas principais cidades do Brasil (São Paulo, Salvador, Maceió, Rio de Janeiro e Curitiba) e, posteriormente, financiou ações de controle de câncer nessas cidades^{11,12}.

Em 1967, surgiu o primeiro serviço de registro de câncer no Brasil, em Recife, sendo uma iniciativa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mas foi em 1983, que se instituiu de forma sistemática a coleta de informação, por meio do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), com gestão nacional do INCA. Em 2005, com a publicação da portaria MS/SAS nº 741, que estabelece a obrigatoriedade do envio dos dados do RHC ao INCA pelas unidades oncológicas habilitadas pelo Ministério da Saúde, o número de RHC teve uma expansão, passando de 176 para 268 registros no Brasil, no ano de 2012^{12,13}.

O RHC é uma fonte de coleta de informações que reúne os dados dos pacientes com diagnóstico de câncer confirmado, por meio do Sistema para Informatização dos Dados de Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC), e que foram atendidos em hospitais da rede de atenção oncológica. Ele tem como objetivo refletir o perfil dos pacientes oncológicos, o desempenho da assistência prestada, subsidiar a validação de protocolos clínicos e a análise de sobrevida dos pacientes. Além disso, o registro dá subsídio para

pesquisas científicas, ações de promoção e prevenção dos casos de cânceres e formulação de políticas oncológicas^{12,14}.

A normatização do RHC teve seu início com a Portaria nº 171 SAS/MS de 1993, que trata da implantação dos registros de câncer nos hospitais de atendimento oncológico do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1998, a Portaria MS nº 3.535 regulamentou o RHC nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e reforçou o papel dos registros nas instituições de atendimento a pacientes com câncer¹². Em 2014, a Portaria nº140 MS redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos centros e unidades oncológicas e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS. Esta mesma portaria atribui às unidades a garantia de estratégias para o registro e a manutenção da base de dados dos usuários atendidos nesses serviços, especificamente para o RHC¹⁵.

A coleta de dados no RHC é realizada por meio do preenchimento da ficha de registro de tumor primário e da ficha de seguimento, compostas pela identificação do paciente, localização do paciente, caracterização do diagnóstico, caracterização do tumor, caracterização do primeiro tratamento, seleção do tipo de caso, indicação para seguimento, fatores de risco e informações do seguimento. Devido ao fato de a ficha de tumor primário abranger informações desde o diagnóstico do tumor até o estado da doença após o primeiro tratamento e, considerando que este tratamento possui duração de um ano após a data do diagnóstico, é preconizado que o banco de dados seja enviado ao INCA em tempo oportuno de até dois anos anteriores ao ano calendário. Após o envio do banco, as informações são disponibilizadas publicamente, *online*, por meio do Integrador RHC¹⁶.

Em Pernambuco, o primeiro RHC foi estabelecido em 1995, no Hospital do Câncer de Pernambuco. Atualmente, existem 13 unidades oncológicas com o RHC instalado. Para a qualificação desses registros e alcance de seus objetivos, foi desenvolvido Secretaria Estadual de Saúde, desde 2013, o Projeto de Diagnóstico e Intervenção do RHC em Pernambuco, cujo objetivo é qualificar as informações geradas em cada unidade, identificando de forma particular suas principais dificuldades e elaborando propostas de resoluções e melhorias. Por meio desse projeto, são desenvolvidas estratégias de gestão no estado, como: monitoramento (assessoramento do SisRHC, visitas técnicas às unidades, acompanhamento dos indicadores); divulgação das informações do RHC (uso dos dados para ações de promoção da saúde e prevenção do câncer nas unidades, boletins epidemiológicos, informes e instrutivos); e educação permanente (cursos para os coordenadores e registradores das unidades)^{17,18}.

Para garantir que os objetivos do RHC sejam alcançados, é necessário que o registro esteja implantado com boa cobertura e com dados consistentes e oportunos. Para verificar essa implantação do RHC, ferramentas da avaliação em saúde podem ser usadas, sendo essas capazes de identificar o funcionamento de intervenções/programas. Essas intervenções/programas em saúde consistem em um sistema organizado de ações que busca corrigir uma situação problemática, e são compostas por: estrutura, atores, processos de ação, finalidades/resultados e ambiente/contexto da intervenção¹⁹.

Ainda são escassos os estudos que abordam o Registros Hospitalares de Câncer. A maior parte deles expuseram a análise de dados do RHC em relação situações da própria doença (complicações pós operatórias em mulheres com cânceres de mama e análise de sobrevida em pacientes com câncer de próstata)^{20,21}, houve um descreveu as estratégias usadas pela gestão estadual de Pernambuco para a qualificação do RHC¹⁷, e outro realizou uma pesquisa que avaliou o funcionamento do RHC em três unidades

oncológicas do Nordeste por meio de uma análise exploratória por observação direta e entrevistas com atores das unidades²².

A avaliação em saúde vem alcançando avanços teóricos e novas metodologias que permitem avaliar as intervenções de forma mais completa e específica, subsidiando os encaminhamentos para sua qualificação e tomada de decisão, a fim de contribuir para o funcionamento de forma preconizada²³.

Entre os vários conceitos encontrados na literatura sobre a avaliação em saúde, pode-se usar o de Patton (1997), que define que “a avaliação das intervenções de saúde consiste na coleta sistemática de informações sobre as atividades, as características e os resultados dessas intervenções, a fim de emitir julgamento sobre elas, melhorar sua eficácia e esclarecer as decisões relacionadas a novas intervenções”. A avaliação pode ser realizada tanto no momento da formulação da intervenção, como na sua implantação ou para sua melhoria¹⁹.

Uma forma de se classificar os estudos avaliativos é em avaliação normativa, que consiste em descrever os componentes de uma intervenção e comparar com os seus critérios e normas estabelecidos; e a pesquisa avaliativa, com diferentes tipos e finalidades, mas todas utilizam métodos científicos válidos e reconhecidos para analisar o vínculo entre os diferentes componentes de uma intervenção. Entre as tipologias da pesquisa avaliativa estão a análise estratégica, análise lógica, análise de efeitos, análise de eficiência e análise de implantação^{19,24}.

Na análise de implantação identifica-se a subclassificação do tipo 1, que compreendem as variações na intervenção, sendo o tipo 1a (análise da transformação da intervenção) a que possibilita explicar o processo de transformação da intervenção; e a do tipo 1b (análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção), que analisa a diferença entre a intervenção planejada e a que foi de fato

implantada. A análise de implantação do tipo 2 analisa a variação do grau de implantação sobre os efeitos da intervenção observados, e a do tipo 3, envolve a influência da interação entre contexto e efeitos observados^{23,25}.

O contexto são as circunstâncias que podem ocorrer com uma intervenção e, de acordo com Denis e Champagne (1997) pode se basear em cinco modelos de análise: o racional, o desenvolvimento organizacional, o psicológico, o estrutural e o político. Esses modelos possuem suas limitações e, buscando um modelo mais completo, os autores formularam o modelo político contingente²⁶.

O modelo político contingente baseia-se nos modelos estrutural e político, e considera que a intervenção é adotada em uma arena política composta por atores que, por sua vez, possuem diferentes estratégias de acordo com seus interesses particulares e níveis de poder. Segundo os autores, o êxito (implantação) de uma intervenção está diretamente ligado ao nível de apoio dos atores dominantes do poder e da operacionalização dos processos da intervenção²⁶.

É pertinente o uso da análise de implantação quando se observa intervenções semelhantes, implantadas em contextos diferentes e apresentando resultados variáveis. Desta forma, ressalta-se a importância de ser realizada nos RHC de Pernambuco, a fim de possibilitar o fornecimento de subsídios para qualificação dos processos e resultados, levando a um melhor alcance dos seus objetivos.

II. JUSTIFICATIVA

Considerando:

- O aumento da prevalência mundial e nacional dos casos de câncer;
- A necessidade de qualificar o funcionamento do Registro Hospitalar de Câncer;
- A escassez dos estudos que abordam os Registros Hospitalares de Câncer como objeto principal
- A contribuição dos estudos avaliativos para a qualificação dos sistemas e programas de saúde.

O estudo é pertinente, pois:

- Propõe, de forma pioneira, a realização da análise da implantação do Registro Hospitalar de Câncer em Pernambuco;
- Possibilita a obtenção do grau de implantação das unidades com Registro Hospitalar de Câncer de Pernambuco em funcionamento;
- Possibilita conhecer a influência de fatores políticos e estruturais na implantação do Registro Hospitalar de Câncer;
- Contribui para a melhoria da qualidade da informação dos casos de câncer no estado.

III. PERGUNTAS AVALIATIVAS

1. Qual o grau de implantação do RHC em Pernambuco?
2. Em que contexto político e estrutural se dá essa implantação do RHC em Pernambuco?
3. Qual influência do contexto político e estrutural nas duas unidades de maior e menor grau de implantação?

IV. OBJETIVO

4.1 GERAL:

Avaliar a implantação do Registro Hospitalar de Câncer no estado de Pernambuco.

4.2 ESPECÍFICOS:

- Verificar o grau de implantação dos Registros Hospitalares de Câncer nas unidades oncológicas de Pernambuco;
- Analisar o contexto político e estrutural em duas unidades que apresentaram maior e menor grau de implantação;
- Descrever a influência do contexto no grau de implantação do RHC nas duas unidades que apresentaram maior e menor grau de implantação.

V. MÉTODOS

5.1 DESENHO DE ESTUDO

Constitui-se em uma pesquisa avaliativa de análise de implantação do tipo 1b, que possibilita a compreensão da implantação do Registro Hospitalar de Câncer em Pernambuco, por meio da estimativa do grau de implantação (GI) das unidades em funcionamento e da influência exercida pelos elementos contextuais organizacionais neste grau em duas unidades do estado²⁶

5.2 ÁREA DE ESTUDO

A área de estudo foi composta pelas unidades oncológicas no estado de Pernambuco que possuem o RHC. Atualmente (ano 2020), existem treze unidades no estado com o registro, sendo oito na região metropolitana: Hospital do Câncer de Pernambuco (HCP), Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Hospital Barão de Lucena (HBL), Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE), Serviço de Quimioterapia de Pernambuco (SEQUIPE) e Real Hospital Português (RHP); duas em Caruaru: Centro de Oncologia de Caruaru (CEOC) e Hospital Regional do Agreste (HRA); uma em Garanhuns: Unidade Hospitalar Casa Saúde Materna Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (UHNSPS); uma em Petrolina: Hospital Dom Malan (HDM); e uma em Arcoverde: Hospital Memorial Arcoverde (HMA) (Figura 1).

Figura 2: Distribuição territorial dos Registro Hospitalar de Câncer. Pernambuco, 2018



Fonte: Integrador RHC/INCA. SES-PE

Dessas unidades, uma se caracteriza como hospital exclusivo de oncologia (HCP), uma como hospital hematológico (HEMOPE), duas como hospitais gerais universitários (HUOC e HC-UFPE), duas como clínicas terceirizadas de tratamento quimioterápico (SEQUIPE e CEOC) e sete como hospitais gerais (HBL, IMIP, RHP, HRA, UHNSPS, HDM e HMA).

5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para a análise do grau de implantação, foi considerado que o envio do banco de dados anual do RHC acontece dois anos anteriores ao ano-calendário, sendo usado como pré-requisito de inclusão as unidades com o registro instalado, em funcionamento e que já tenha enviado pelo menos um banco de dados anual completo, após o ano de 2014. Dessa forma, foram excluídos: o Real Hospital Português, enviou o banco de 2014 com dados parciais; e o Serviço de Quimioterapia de Pernambuco e o Centro de Oncologia de Caruaru, ambos com último banco anual enviado no período anterior ao ano de 2014 (Quadro 1).

Além dessas, foi excluída também o Hospital do Câncer de Pernambuco, visto que essa é uma unidade exclusiva de câncer e, por essa questão, apresenta uma realidade contextual diferente das demais e possivelmente mais propícia ao funcionamento do RHC; e mais outras duas unidades que apresentaram dificuldades de acesso aos atores-chaves para responder os questionários, sendo solicitado o preenchimento em mais de um momento, porém sem obter retorno. Assim, um total de sete unidades foram incluídas no estudo.

Quadro 1: Envio do banco de dados do Registro Hospitalar de Câncer. Pernambuco, 2018

Unidade	2014	2015	2016	2017
Centro de Oncologia de Caruaru	-	-	-	-
Fundação Hemope	enviado	enviado	enviado	-
Hospital Barão de Lucena	enviado	enviado	-	-
Hospital das Clínicas/UFPE	enviado	enviado	-	-
Hospital do Câncer de Pernambuco	enviado	enviado	enviado	-
Hospital Dom Malan	enviado	enviado	enviado	-
Hospital Memorial Arcoverde	-	-	enviado	-
Hospital Oswaldo Cruz	enviado	enviado	-	-
Hospital Regional do Agreste	enviado	enviado	-	-
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira	enviado	-	-	-
Real Hospital Português	enviado parcialmente	-	-	-
Serviço de Quimioterapia de Pernambuco	-	-	-	-
Unidade Hospitalar Casa Saúde Materna Nossa Senhora do Perpétuo Socorro	enviado	enviado	enviado	-

Fonte: Integrador RHC, INCA

Para a análise do contexto político e estrutural, foram selecionadas as unidades que, após a aferição do GI, apresentaram o maior e o menor grau de implantação, possibilitando um entendimento explicativo pelo contexto para suas pontuações.

5.4 PERÍODO DO ESTUDO

O período do estudo compreende os meses de março/2018 a março/2020.

5.5 ELABORAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO E FATORES CONTEXTUAIS

5.5.1 GRAU DE IMPLANTAÇÃO

Para a obtenção do GI, foi construído inicialmente o modelo teórico-lógico do RHC em Pernambuco e, posteriormente, a matriz de análise e julgamento. Com base nessa matriz, foi construído e aplicado o questionário para obtenção do GI em cada uma das unidades incluídas na pesquisa²⁶.

De acordo com Champagne et al.²⁷, o modelo teórico-lógico representa, de forma esquemática, a maneira como o RHC deve funcionar para que os seus objetivos sejam alcançados. Ou seja, considerando que qualquer intervenção é idealizada a partir de um sistema organizado de ações que funciona em um determinado ambiente necessário, o modelo teórico-lógico organiza essa intervenção a fim de que seja possível o entendimento dela e o direcionamento correto do processo de avaliação, permitindo assim o auxílio da avaliação na tomada de decisão.

A partir do modelo teórico-lógico é construída a matriz de análise e julgamento, que tem a função de apresentar cada um dos indicadores, com seus critérios e parâmetros, de modo que se identifique a pontuação alcançada em cada uma das variáveis (conjunto de indicadores da dimensão estrutura) e em cada um dos componentes (conjunto de indicadores para a dimensão processo), e então obter o GI.

Essa matriz é constituída por: indicadores, fontes de verificação, parâmetros e pontos de corte adotados para a mensuração de cada indicador^{23,26,27}.

A construção inicial do modelo teórico-lógico teve como base teórica as informações contidas no documento oficial de planejamento e gestão do RHC¹⁶; no planejamento do RHC da Secretaria Estadual de Pernambuco; no artigo que descreve a evolução do gestão do RHC em Pernambuco¹⁵; na dissertação sobre a análise do funcionamento do RHC no Nordeste²²; e no artigo que explicita os conceitos de educação e promoção da saúde²⁸. A partir desses documentos, foi possível a determinação dos cinco componentes do modelo teórico-lógico: gestão hospitalar, coordenação do setor RHC, produção de dados, qualificação dos dados e educação na saúde. Cada componente foi descrito com seu objetivo, estrutura, processos, produtos e resultados (imediatos, intermediários e finais). O modelo reduzido está apresentado na figura 2 e de forma completa no apêndice A.

É importante ressaltar que o componente educação na saúde engloba as ações de educação permanente em saúde, que consistem em atividades de experiência e aprendizagem em relação aos profissionais do RHC, e as ações de promoção da saúde, que tem por objetivo desenvolver intervenções que envolvem os fatores determinantes da saúde (no caso, os fatores de risco e proteção no desenvolvimento do câncer), com apoios educacionais que visam melhorar as condições de vida ²⁸.

Figura 3: Modelo teórico-lógico do Registro Hospitalar de Câncer de Pernambuco, 2019



Fonte: Elaborado pela autora

A partir do modelo teórico-lógico foi construída a matriz de análise e julgamento das dimensões estrutura e processo (Quadro 2), que embasou o questionário para coleta de dados. Após construção do modelo e da matriz, estes foram submetidos à consulta de cinco informantes-chave da área do RHC e/ou de avaliação em saúde para a sua validação.

Quadro 2: Matriz de análise e julgamento: Registro Hospitalar de Câncer – Pernambuco, 2019

DIMENSÃO: ESTRUTURA					
VARIÁVEL	INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULOS	PARÂMETROS	PONTO DE CORTE
Recursos Humanos	Nº de coordenador (12h semanal) para o setor RHC	Entrevista	Nº de coordenador (12h semanal) para o setor RHC	Pelo menos 1 coordenador (12h semanal) para o setor RHC	1 ou mais coordenador = 1 0 coordenador = 0
	Razão de casos registrados no último banco enviado por registradores de câncer (30h semanal) que compõe a equipe do RHC	Entrevista	Nº de casos registrados no último banco enviado/ registradores de câncer (30h semanal) que compõe a equipe do RHC	Pelo menos 1 registrador de câncer (30h semanal) a cada 500 casos registrados ao ano	$\leq 500 = 3$ $500 \text{ a } 750 = 2$ $750 \text{ a } 1000 = 1$ $\geq 1000 = 0$
	Existência de comissão assessora disponível para a equipe do RHC	Entrevista	-	Pelo menos 1 comissão assessora do RHC disponível	Sim = 1 Não = 0
Recursos Físicos	Existência de Sala exclusiva para o RHC	Entrevista	-	Pelo menos 1 sala exclusiva para o RHC	Sim = 1 Não = 0
	Existência de armários e arquivos para material e fichas	Entrevista	-	Pelo menos 1 armário e arquivo para material e fichas	Sim = 1 Não = 0
Equipamentos	Razão dos computadores com SisRHC instalado por registradores	Entrevista	Nº de computadores com SisRHC instalado / Nº de registradores na equipe*100	Pelo menos 1 computador com SisRHC instalado por registrador na equipe	$\geq 1 = 2$ $> 0,75 \text{ e } < 1 = 1$ $< 0,75 = 0$
	Nº de Impressora disponível na sala do RHC	Entrevista	-	Pelo menos 1 impressora na sala	1 ou mais impressoras = 1 0 impressora = 0
Insumos	Existência de Ficha de 1º tumor disponível para o RHC	Entrevista	-	Pelo menos uma ficha por registrador no momento da entrevista	Sim = 1 Não = 0
	Existência de Ficha de seguimento disponível para o RHC	Entrevista	-	Pelo menos uma ficha por registrador no momento da entrevista	Sim = 1 Não = 0

	Existência de Livro de Ocorrência na sala do RHC	Entrevista	-	Pelo menos 1 livro de ocorrência do RHC disponível	Sim = 1 Não = 0
Normas	Razão de TNM disponível para a equipe RHC	Entrevista	Nº de TNM / Nº de registradores na equipe	Pelo menos 1 TNM por registrador	1 ou mais TNM por registrador = 1 1 TNM para mais de 1 registrador = 0
	Razão de CID-O disponível para a equipe RHC	Entrevista	Nº de CID-O / Nº de registradores na equipe	Pelo menos 1 CID-O por registrador	1 ou mais CID-O por registrador = 1 1 CID-O para mais de 1 registrador = 0
	Razão de Instrutivo estadual de preenchimento de fichas do RHC disponível para equipe de RHC	Entrevista	Nº de Instrutivo / Nº de registradores na equipe	Pelo menos 1 Instrutivo por registrador	1 ou mais Instrutivo por registrador = 1 1 Instrutivo para mais de 1 registrador = 0
	Nº de Manual INCA disponível para equipe do RHC	Entrevista	-	Pelo menos 1 manual INCA disponível para equipe	1 ou mais manuais = 1 0 manual = 0

DIMENSÃO: PROCESSO

COMPONENTE	INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PARÂMETROS	PONTOS DE CORTE
Gestão Hospitalar	Nº de reuniões intersetorial da gestão com RHC e setores parceiros para instalação do RHC	Entrevista	Pelo menos 1 reunião no período de instalação do RHC realizada	1 ou mais reuniões = 1 0 reuniões = 0
	Nº de reuniões da gestão com coordenação do RHC	Entrevista	Pelo menos 1 reunião anual realizada	1 ou mais reuniões = 1 0 reuniões = 0
	Nº de monitoramento dos indicadores realizados a cada 4 meses	Entrevista	Pelo menos 1 monitoramento realizado a cada 4 meses	3 monitoramentos/ano = 2 1 ou 2 monit. / ano = 1 0 monitoramento = 0
	Nº de reuniões de acompanhamento e discussão dos indicadores realizadas com a gestão hospitalar e coordenação RHC	Entrevista	Pelo menos 1 reunião realizada a cada 4 meses	3 reuniões/ano = 2 1 ou 2 reuniões / ano = 1 0 reuniões = 0
	Inclusão dos indicadores monitorados pelo RHC nas discussões do planejamento hospitalar	Entrevista	-	Sim = 1 Não = 0

	Nº de reuniões semestrais de acompanhamento com os atores/parceiros que devem estar apoiando o RHC (gestores, corpo clínico, pesquisadores e administração)	Entrevista	Pelo menos 1 reunião realizada a cada 6 meses	2 ou mais reuniões ao ano = 1 0 reunião = 0
	Acesso da equipe RHC liberado aos prontuários, por meio do arquivo médico	Entrevista	Acesso ao arquivo médico liberado	Acesso livre = 2 Acesso parcial = 1 Sem acesso = 0
Coordenação do Setor RHC	Livro de ocorrência com registros de condutas e funcionamentos atualizados	Entrevista	Livro atualizado semestralmente ou quando necessário	1 ou mais atualização semestral = 1 0 atualização semestral = 0
	Dúvidas de rotina de trabalho do registrador esclarecidas pelo coordenador	Entrevista	100% das dúvidas esclarecidas	80% ou mais das dúvidas esclarecidas = 1 Menos de 80% das dúvidas esclarecidas = 0
	Definição das atribuições para cada integrante da equipe determinada	Entrevista	100% da equipe com atribuições definidas	80% ou mais das atribuições definidas = 1 Menos de 80% das atribuições definidas = 0
	Nº de participação nas reuniões quadrimestrais estadual de acompanhamento e monitoramento do RHC	Entrevista	Participação em 3 reuniões estadual ao ano	3 ao ano = 2 1 ou 2 ao ano = 1 0 = 0
	Nº de atualizações do questionário do Integrador RHC (INCA) por ano	Entrevista	Pelo menos 1 atualização realizada por ano	1 ou mais atualizações = 1 0 atualizações = 0
	Nº de relatórios elaborados ao ano, com os dados do RHC para divulgação interna da unidade	Entrevista	Pelo menos 2 questionários criados ao ano	2 ou + ao ano = 2 1 ao ano = 1 0 ao ano = 0
	Nº de divulgações dos relatórios com os dados do RHC para gestão da unidade, clínicas, administração e gestão estadual	Entrevista	Pelo menos 2 questionários criados ao ano	2 ou + ao ano = 2 1 ao ano = 1 0 ao ano = 0
	Produção de dados	% de prontuários de casos confirmados de primeiro tumor buscados no arquivo	Entrevista	100% dos prontuários de casos confirmados de primeiro tumor buscados no arquivo
% de prontuários de casos para seguimento buscados no arquivo		Entrevista	100% dos prontuários para seguimento buscados no arquivo	90 a 100% = 2 80 a 90% = 1

			Menor que 80% = 0	
	% de fichas preenchidas dos casos confirmados de primeiro tumor	Entrevista	100% das fichas dos casos confirmados de primeiro tumor preenchidas	100% = 3 95 a 99,9% = 2 90 a 95% = 1 Menor que 90% = 0
	% de fichas preenchidas dos casos para seguimento	Entrevista	100% das fichas dos casos para seguimento preenchidas	90 a 100% = 2 80 a 90% = 1 Menor que 80% = 0
	Existência de rotina para busca ativa de informações que não estão no prontuário nos setores e com os profissionais da unidade	Entrevista	-	Sim = 1 Não = 0
	% de inconsistências e dúvidas esclarecidas com a comissão assessora	Entrevista	100% das dúvidas esclarecidas	80% ou mais das dúvidas esclarecidas = 1 Menos de 80% das dúvidas esclarecidas = 0
	% de dados validação pelo coordenador	Entrevista	100% dos dados validados	95 a 100% = 2 90 a 95% = 1 Menor que 90% = 0
	% das fichas digitadas no SisRHC	Entrevista	100% das fichas digitadas	100% = 3 95 a 99,9% = 2 90 a 95% = 1 Menor que 90% = 0
	Nº de envio anual da base de dados do RHC ao INCA pelo Integrador RHC	Entrevista	Pelo menos 1 envio no ano	1 ou mais envio = 4 0 envio = 0
Qualificação dos dados	Nº de realizações de tabulações e cálculos das variáveis para conhecimento das que possuem maiores percentuais de incompletudes	Entrevista	Pelo menos 2 vezes ao ano	2 ou mais tabulações realizadas = 2 1 tabulação realizada = 1 0 tabulações realizadas = 0
	Nº de divulgações para os setores dos percentuais de incompletudes das variáveis do RHC	Entrevista	Pelo menos 2 vezes ao ano	2 ou mais tabulações realizadas = 2 1 tabulação realizada = 1 0 tabulações realizadas = 0
	Nº de participação nas reuniões clínicas para sensibilizar o corpo médico da importância do preenchimento com qualidade das informações médicas no prontuário	Entrevista	Pelo menos 1 participação na reunião clínica a cada 4 meses	2 ou 3 reuniões ao ano = 2 1 reunião ao ano = 1 0 reunião = 0

	Nº de reuniões com a administração (recepção) para sensibilizar os profissionais da importância do preenchimento com qualidade das informações no prontuário	Entrevista	Pelo menos 1 reunião a cada 4 meses	2 ou 3 reuniões ao ano = 2 1 reunião ao ano = 1 0 reunião = 0
Educação na Saúde	Nº de pessoas na equipe que foram formados pelo curso de registrador de câncer, fornecido pelo INCA anualmente e, a cada três anos, pela SES de PE	Entrevista	80% ou mais da equipe com formação de registrador de câncer	> 80% = 2 50 a 80% = 1 < 50% = 0
	Nº de pessoas na equipe que participaram do Curso de Excel aplicado para o RHC - 2015	Entrevista	Participação de pelo menos 1 pessoa da equipe	1 ou mais participação da equipe = 1 0 participação = 0
	Nº de pessoas na equipe que participaram do Curso de Excel aplicado para o RHC - 2016	Entrevista	Participação de pelo menos 1 pessoa da equipe	1 ou mais participação da equipe = 1 0 participação = 0
	Nº de pessoas na equipe que participaram no Curso de Indicadores aplicado ao RHC – 2017	Entrevista	Participação de pelo menos 1 pessoa da equipe	1 ou mais participação da equipe = 1 0 participação = 0
	Nº de pessoas na equipe que participaram no Curso de disseminação de Informações aplicado ao RHC – 2018	Entrevista	Participação de pelo menos 1 pessoa da equipe	1 ou mais participação da equipe = 1 0 participação = 0
	Nº de atividades de educação permanente realizadas para qualificação e atualização da equipe da unidade, treinando-os para a rotina específica da unidade	Entrevista	Pelo menos 1 atividade realizada ao ano	1 ou mais atividades realizadas = 1 0 atividades realizadas = 0
	Nº de treinamentos realizados a equipe de saúde do hospital para uso das classificações que o RHC utiliza (CID-O e TNM)	Entrevista	Pelo menos 1 treinamento realizado ao ano	1 ou mais treinamento realizados = 1 0 treinamento realizado = 0
	Nº de ações de promoção da saúde e prevenção do câncer para usuários, familiares e profissionais, com base nos dados do RHC realizadas na unidade	Entrevista	Pelo menos 1 ação realizada a cada quadrimestre	3 ou mais ações realizadas = 2 1 ou 2 ações realizadas = 1 0 ação realizado = 0

Fonte: Elaboração das autoras

5.5.2 CONTEXTO POLÍTICO E ESTRUTURAL

Para análise do contexto político e estrutural, selecionou-se duas unidades (as que obtiverem o maior e menor GI) e utilizou-se como referência o modelo político e contingente de Denis e Champagne²⁶, a partir do qual se elaborou o roteiro para entrevista com informantes-chave. As variáveis do roteiro foram: recursos físicos e equipamentos, suporte ao sistema (SisRHC), equipe RHC (capacitações técnicas, estabilidade no setor), gestão (nacional, estadual e local), relações interpessoais (entre equipe RHC e com demais setores da unidade) e ações de promoção da saúde.

5.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados, tanto para obtenção do GI quanto para análise do contexto político e estrutural, foi realizada por meio de entrevistas com informantes-chave, sendo eles: o registrador da unidade (responsável por executar o processo de trabalho do setor), o coordenador do RHC da unidade (em algumas unidades os coordenadores e os registradores são a mesma pessoa) e um gestor ou representante do gestor da unidade (diretor geral ou da oncologia).

Primeiramente, foram realizadas as entrevistas para obtenção do GI, que tiveram como base o questionário fundamentado na matriz de análise e julgamento (Apêndice B). A partir da obtenção do GI, as unidades selecionadas se submeteram às entrevistas do roteiro elaborado a partir da matriz de análise do contexto (Apêndice C), contendo os temas norteadores e os seus critérios estabelecidos. Consideraram-se as seguintes temáticas: envolvimento e apoio da gestão ao RHC, relacionamento interpessoal entre os atores envolvidos, caracterização da equipe que compõe o registro e suporte estrutural dado ao RHC.

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas, e seguiram o mesmo instrumento base, de forma a evitar diferenças na condução de cada uma delas. Ressalta-se que a escolha da técnica de entrevista se deu devido à compreensão ampla que a comunicação verbal permite, por meio da interpretação e percepções que o pesquisador consegue captar do entrevistado^{31, 32}.

As unidades avaliadas foram codificadas numericamente, garantindo o sigilo de sua identidade, assim como os atores entrevistados na análise do contexto, que foram identificados com a letra A seguida de um número para a unidade que apresentou o maior GI e a letra B seguida de um número para a que apresentou o menor GI.

A realização das entrevistas aconteceu no período de junho a agosto de 2019, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

5.7.1 GRAU DE IMPLANTAÇÃO

Para a determinação do GI, calcularam-se os valores obtidos pelos indicadores das dimensões estrutura e processo, detalhados na matriz de análise e julgamento, e a partir desses valores, foram calculadas a pontuação obtida em percentual. Na dimensão estrutura, a matriz foi composta de 14 indicadores e na dimensão processo, foram 35. De acordo com a soma das pontuações máximas de todos os indicadores, a matriz totalizou 76 pontos, sendo 17 da dimensão estrutura e 59 da dimensão processo. O cálculo do percentual foi por meio do somatório da pontuação da unidade, dividido pela pontuação máxima (76 pontos), multiplicado por 100, sendo 100% o percentual máximo esperado.

De acordo com o percentual de cada unidade, foram considerados os seguintes pontos de corte para o julgamento do GI: não implantado ($\leq 25,0\%$), implantado de forma incipiente (25,1% a 50,0%), parcialmente implantado (50,1% a 75,0%) e implantado ($>75,0\%$). Os dados foram sistematizados e processados em planilha Excel e apresentados em números absolutos e percentuais.

5.7.2 CONTEXTO POLÍTICO E ESTRUTURAL

Na análise de contexto político e estrutural das unidades de RHC com maior e menor GI utilizou-se a técnica qualitativa de interpretação dos sentidos, com a perspectiva hermenêutica associada à perspectiva dialética. A perspectiva hermenêutica compreende a ordenação do pensamento por meio das afirmações de consenso, do que é comum, do que é de acordo, contida nas falas dos entrevistados. Dessa forma, na perspectiva hermenêutica se observa o que é plausível e prático nos processos da intervenção e nas relações interpessoais. Já na perspectiva dialética, observa-se o que é específico de cada ator envolvido nas entrevistas, construindo assim a realidade por meio das diferenças, críticas e dissensos encontrados nas falas. Segundo Minayo³³, as duas perspectivas se completam entre as ideias de compreensão e crítica, observando os contrapontos entre o que é compreendido de forma universal e aquilo que o ser compreende. A partir disso, é possível a interpretação, o estabelecimento de relações e formação de conclusões pelo autor.

É válido destacar que na pesquisa qualitativa o conhecimento científico é elaborado a partir da realidade construída. A transcrição da entrevista com roteiro consiste no material bruto, onde nenhuma afirmação é considerada uma verdade absoluta. A partir da análise das transcrições, os dados são socialmente construídos, resultando assim numa nova tese, de acordo com a compreensão do autor³⁴.

No roteiro de entrevista para o contexto (Apêndice D) foram consideradas as seguintes categorias para o Contexto Estrutural: Recursos físicos, Equipamentos, Suporte de sistemas e máquinas, e equipe RHC; e para o Contexto Político: Apoio da gestão, Relações interpessoais e Ações de promoção da saúde.

5.7.3 INFLUÊNCIA DO CONTEXTO POLÍTICO E ESTRUTURAL NO GI

De acordo com a análise de implantação do tipo 1b, relacionou-se a variável GI com as variáveis contextuais encontradas, a fim de identificar a influência de fatores contextuais no GI observado. Desse modo, nas duas unidades em que o contexto organizacional foi analisado, se avaliou qualitativamente essa relação, buscando os pontos semelhantes e discordantes a partir do confronto entre os aspectos contextuais e o GI obtido.

5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) com parecer nº 3.386.595 (Anexo A).

As entrevistas foram realizadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice E). Após o término da pesquisa os resultados serão disponibilizados para os envolvidos, buscando melhoria na implantação do RHC.

VI. RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em dois blocos: o primeiro referente ao grau de implantação das unidades analisadas e o segundo com a análise do contexto nas duas unidades que obtiveram o maior e o menor grau de implantação.

6.1 GRAU DE IMPLANTAÇÃO

Foi calculado primeiramente o grau de implantação das unidades habilitadas para atenção oncológica no estado de Pernambuco que entraram no estudo. Para as sete unidades analisadas, observou-se que a classificação de “parcialmente implantado” foi obtida em todas, porém com os percentuais do grau de implantação diferentes, segundo o quadro 2.

A unidade 05 apresentou o maior grau, com 75,0%. Apesar de ainda estar na categoria “parcialmente implantado”, a pontuação obtida é o valor limítrofe para o considerado implantado. Já a unidade 06 apresentou o menor grau, com 52,6%. Essas duas unidades foram as selecionadas para a realização da análise de contexto (Quadro 2).

Ao destacar a pontuação em cada dimensão do GI, na dimensão estrutura, as unidades 02 e 05 obtiveram as maiores pontuações, com um ponto a menos do preconizado, sendo esse nas variáveis recurso humano e físico, respectivamente para cada hospital. As unidades 06 e 07 tiveram os menores pontos referente à estrutura, ficando muito abaixo da estrutura básica esperada para um funcionamento adequado do RHC.

Na dimensão processo, a pontuação para o componente qualificação dos dados foi a que obteve menos pontos para todas as unidades, sendo menor na unidade 01, que zerou

a pontuação, e maior na unidade 05, atingindo menos de 40% do preconizado. Já o componente produção de dados teve a pontuação máxima, ou próxima dela, para todas as unidades. De uma maneira geral, para a dimensão processo, as unidades 03 e 06 apresentaram a menor pontuação (31) e a unidade 05 a maior (41), seguido da 01 (40) (Quadro 2).

Quadro 3: Pontuação do grau de implantação por componentes e dimensões de estrutura e processo, segundo unidade oncológica. Pernambuco, 2019

PONTUAÇÃO DA DIMENSÃO ESTRUTURA								
Variável	Unid. 01	Unid. 02	Unid. 03	Unid. 04	Unid. 05	Unid. 06	Unid. 07	Pontuação máxima
Recursos Humanos	4	4	4	4	5	1	0	5
Recursos Físicos	2	2	0	2	1	1	1	2
Equipamentos	2	3	2	3	3	2	2	3
Insumos	3	3	3	3	3	1	2	3
Normas	4	4	4	3	4	4	4	4
TOTAL ESTRUTURA	15	16	13	15	16	9	9	17
PONTUAÇÃO DA DIMENSÃO PROCESSO								
Componente	Unid. 01	Unid. 02	Unid. 03	Unid. 04	Unid. 05	Unid. 06	Unid. 07	Pontuação máxima
Gestão Hospitalar	7	3	2	2	4	3	3	10
Coordenação do Setor RHC	6	5	6	6	4	5	5	10
Produção de dados	21	20	20	20	21	20	20	21
Qualificação dos dados	0	1	2	2	3	1	2	8
Educação na Saúde	6	4	1	7	9	2	3	10
TOTAL PROCESSO	40	33	31	37	41	31	33	59
PONTUAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO								
Componente	Unid. 01	Unid. 02	Unid. 03	Unid. 04	Unid. 05	Unid. 06	Unid. 07	Pontuação máxima
Total de pontos	55	49	44	52	57	40	42	76
Grau de implantação	72,4	64,5	57,9	68,4	75,0	52,6	55,3	100

Fonte: Produção das autoras

Ao observar cada variável/componente detalhadamente, destaca-se que para os recursos humanos a dificuldade mais frequente é para a existência de uma comissão assessora para o registro, sendo essa existente em apenas duas unidades (01 e 05). Enquanto a presença do coordenador do setor é vista em todas as unidades, exceto na 07, onde também é visualizada uma ausência de registradores na equipe. Essa situação se repete na unidade 06, cujo a equipe é composta somente pelo coordenador (Quadro 3).

Para a variável de recursos físicos, a dificuldade na maior parte das unidades foi a ausência de uma sala exclusiva, sendo essa exigência uma realidade de apenas três unidades (unidades 01, 02 e 04). Porém, apesar da ausência da sala, a maioria das unidades possuem armários e arquivos próprios (Quadro 3).

Quadro 4: Pontuação estratificada das variáveis *recursos humanos* e *recursos físicos*, segundo unidade oncológica. Pernambuco, 2019

Variável	Indicadores	Unid. 01	Unid. 02	Unid. 03	Unid. 04	Unid. 05	Unid. 06	Unid. 07	Pontuação Máxima
Recursos Humanos	1. N° de coordenador (12h semanal) para o setor RHC	1	1	1	1	1	1	0	1
	2. Razão de casos registrados no último banco enviado por registradores de câncer (30h semanal) que compõe a equipe do RHC	2	3	3	3	3	0	0	3
	3. Existência de comissão assessora disponível para a equipe do RHC	1	0	0	0	1	0	0	1
Recursos Físicos	4. Existência de Sala exclusiva para o RHC	1	1	0	1	0	0	0	1
	5. Existência de armários e arquivos para material e fichas	1	1	0	1	1	1	1	1

Fonte: Produção das autoras

Nas variáveis de equipamentos, insumos e normas, a pontuação foi a preconizada para a maioria das unidades e na maior parte dos indicadores, observando-se apenas algumas dificuldades como a ausência de impressora na sala do RHC (unidades 03, 06 e 07) e ausência das fichas para os registros (unidade 6) (Quadro 4).

Quadro 5: Pontuação estratificada das variáveis *equipamentos, insumos e normas*, segundo unidade oncológica. Pernambuco, 2019

Variável	Indicadores	Unid. 01	Unid. 02	Unid. 03	Unid. 04	Unid. 05	Unid. 06	Unid. 07	Pontuação Máxima
Equipamentos	6. Razão dos computadores com SisRHC instalado por registradores	1	2	2	2	2	2	2	2
	7. N° de Impressora disponível na sala do RHC	1	1	0	1	1	0	0	1
Insumos	8. Existência de Ficha de 1º tumor disponível para o RHC	1	1	1	1	1	0	1	1
	9. Existência de Ficha de seguimento disponível para o RHC	1	1	1	1	1	0	1	1
	10. Existência de Livro de Ocorrência na sala do RHC	1	1	1	1	1	1	0	1
Normas	11. Razão de TNM disponível para a equipe RHC	1	1	1	1	1	1	1	1
	12. Razão de CID-O disponível para a equipe RHC	1	1	1	0	1	1	1	1
	13. Razão de Instrutivo estadual de preenchimento de fichas do RHC disponível para equipe de RHC	1	1	1	1	1	1	1	1
	14. N° de Manual INCA disponível para equipe do RHC	1	1	1	1	1	1	1	1

Fonte: Produção das autoras

Em relação ao processo, o componente de gestão hospitalar foi um dos com menores pontuações, exceto na unidade 01, sendo essa unidade a única onde a gestão realiza monitoramento de indicadores, inclusão dos dados oferecidos no registro para o planejamento hospitalar e reuniões de acompanhamento com a coordenação do RHC e com os setores parceiros. Na maioria das unidades o papel da gestão se restringe a permitir o acesso do RHC aos prontuários do arquivo (Quadro 5).

Quadro 6: Pontuação estratificada do componente *gestão hospitalar*, segundo unidade oncológica. Pernambuco, 2019

Componente	Indicadores	Unid. 01	Unid. 02	Unid. 03	Unid. 04	Unid. 05	Unid. 06	Unid. 07	Pontuação Máxima
Gestão Hospitalar	15. N° de reuniões intersetorial da gestão com RHC e setores parceiros para instalação do RHC	1	0	0	0	1	1	1	1
	16. N° de reuniões da gestão com coordenação do RHC	1	1	0	0	1	0	0	1
	17. N° de monitoramento dos indicadores realizados a cada 4 meses	1	0	0	0	0	0	0	2
	18. N° de reuniões de acompanhamento e discussão dos indicadores realizadas com a gestão hospitalar e coordenação RHC	1	0	0	0	0	0	0	2
	19. Inclusão dos indicadores monitorados pelo RHC nas discussões do planejamento hospitalar	1	0	0	0	0	0	0	1

25. N° de participação nas reuniões quadrimestrais estadual de acompanhamento e monitoramento do RHC	2	1	1	2	0	1	2	2
26. N° de atualizações do questionário do Integrador RHC (INCA) por ano	1	1	1	1	1	1	1	1
27. N° de relatórios elaborados ao ano, com os dados do RHC para divulgação interna da unidade	0	0	1	0	0	1	0	2
28. N° de divulgações dos relatórios com os dados do RHC para gestão da unidade, clínicas, administração e gestão estadual	0	0	1	0	0	0	0	2

Fonte: Produção das autoras

Para os componentes de produção e qualificação dos dados, observa-se que em todas as unidades é realizado a busca dos prontuários dos casos oncológicos, o preenchimento das fichas de tumor e seguimento, a digitação das fichas no sistema e o envio do banco de dados ao INCA. Porém, observa-se também que apesar dos dados serem produzidos e enviados, pouco ou nada se faz para a sua qualificação. Apenas três unidades (02, 05 e 06) fazem tabulações periodicamente para verificar a incompletude dos dados, mas não é realizada nenhuma ação interna com essas informações para melhoria dos dados, e algumas outras unidades (03, 04, 05 e 07) realizam reuniões com corpo clínico e recepção para sensibilização dos profissionais quanto ao preenchimento das informações (Quadro 7).

Qualificação dos dados	38. N° de realizações de tabulações e cálculos das variáveis para conhecimento das que possuem maiores percentuais de incompletudes	0	1	0	0	1	1	0	2
	39. N° de divulgações para os setores dos percentuais de incompletudes das variáveis	0	0	0	0	0	0	0	2
	40. N° de participação em reunião clínica para sensibilizar o corpo médico da importância do preenchimento com qualidade do prontuário	0	0	1	2	1	0	1	2
	41. N° de reuniões com a administração para sensibilizar os profissionais da importância do preenchimento das informações no prontuário	0	0	1	0	1	0	1	2

Fonte: Produção das autoras

No componente educação na saúde, foi observado que três unidades possuem profissionais formados como registrador pelo INCA (unidades 02, 04 e 05) e todas as unidades, exceto a unidade 03, já participou de pelo menos um curso de qualificação do profissional oferecido pela SES-PE. Quanto aos treinamentos dentro da unidade, apenas a 05 realiza capacitações para outros setores da unidade (Quadro 8).

Quadro 9: Pontuação estratificada do componente *educação na saúde*, segundo unidade oncológica. Pernambuco, 2019

Componente	Indicadores	Unid. 01	Unid. 02	Unid. 03	Unid. 04	Unid. 05	Unid. 06	Unid. 07	Pontuação Máxima
Educação na Saúde	42. Nº de pessoas na equipe que foram formados pelo curso de registrador de câncer, fornecido pelo INCA anualmente e, a cada três anos, pela SES de PE	0	2	0	2	2	0	0	2
	43. Nº de pessoas na equipe que participaram do Curso de Excel aplicado para o RHC - 2015	1	1	0	1	1	0	0	1
	44. Nº de pessoas na equipe que participaram do Curso de Excel aplicado para o RHC - 2016	1	1	0	1	1	0	1	1
	45. Nº de pessoas na equipe que participaram no Curso de Indicadores aplicado ao RHC – 2017	1	0	0	1	1	0	1	1
	46. Nº de pessoas na equipe que participaram no Curso de disseminação de Informações aplicado ao RHC – 2018	1	0	0	1	0	1	1	1
	47. Nº de atividades de educação permanente realizadas para qualificação e atualização da equipe da unidade, treinando-os para a rotina específica da unidade	1	0	1	1	1	0	0	1

	48. Nº de treinamentos realizados a equipe de saúde do hospital para uso das classificações que o RHC utiliza (CID-O e TNM)	0	0	0	0	1	0	0	1
	49. Nº de ações de promoção da saúde e prevenção do câncer para usuários, familiares e profissionais, com base nos dados do RHC realizadas na unidade	1	0	0	0	2	1	0	2

Fonte: Produção das autoras

6.2 CONTEXTO POLÍTICO E ESTRUTURAL

De acordo com a pontuação do GI, as unidades 05 e 06 tiveram seu contexto analisado por possuírem o maior (75%) e menor grau (52,6%), respectivamente. Na unidade 05, que possuiu o maior GI, foram entrevistados separadamente três atores que fazem parte da gestão e equipe do RHC. E, na unidade 06, que obteve o menor grau de implantação, a entrevista de análise do contexto foi realizada com dois atores, visto que as funções de coordenador e registrador do RHC nessa unidade são respondidas pela mesma pessoa.

Foi possível observar alguns fatores semelhantes entre as falas dos atores, que reforçaram pontos tanto positivos como fragilidades do RHC; e outros fatores relatados por apenas uma representação da unidade ou abordado de formas diferentes entre eles, levantando possíveis críticas e interpretações.

O contexto estrutural incorpora as categorias de recursos físicos, equipamentos, suporte de sistemas e máquinas e equipe do RHC, todas contidas no roteiro de entrevista aplicado com os atores. A unidade 05 descreveu a categoria de recursos físicos e

equipamentos como um aspecto favorável no RHC, apresentando semelhança entre as respostas dos três atores, com um detalhamento mais específico dos profissionais A2 e A3, conforme trechos abaixo:

A1: [...] ambientes são novos e bem conservados. A sala do RHC é dotada de boa infraestrutura básica, e oferece comodidade e bem-estar para seus colaboradores. Está localizada junto ao SAME [...] com copa e banheiros acessíveis. Dispõe de armários, telefone próprio, computadores, impressoras, internet com wi-fi e ar condicionado.

A2: A sala encontra-se [...] junto ao SAME, climatizada, infraestrutura conservada, arquivo individual e com acesso a banheiros masculino e feminino, além de uma copa. Possui 02 computadores conectados a uma impressora, telefone próprio e internet com wi-fi. Os insumos são fornecidos de acordo com as necessidades.

A3: A sala localizada no 1º andar [...] climatizada, espaço físico compartilhado com outro setor (SAME), infraestrutura conservada. Tem 02 computadores, 01 impressora compartilhada, 01 telefone, rede de internet wi-fi disponível, 02 mesas.

Na unidade 06, observou-se também uma semelhança na fala dos atores ao relatarem que o setor está em um período de diversas mudanças devido à recente troca na gestão da unidade e da próprio equipe do RHC: “a coordenação (do registro) assumiu o setor em outubro do ano passado (2018), quando a gestão atual do hospital iniciou aqui as atividades, que foi em junho de 2018”. Sendo assim, na categoria de recursos físicos e equipamentos foram relatadas, por ambos os atores, dificuldades para obter uma sala, mudança de local, perda do computador e aquisição de novo computador, como observado a seguir:

B1: De início teve uma dificuldade, a gente tentou colocar em uma sala improvisada, pra que eles tivessem [...] condições de fazer as buscas e de registrar no sistema. E aí na mudança, porque houve troca dos computadores do hospital inteiro, acabou que misturou. Eu acredito que tenha sido misturado e extraviou e aí eles (o RHC) foram direcionados pra uma baia na diretoria porque lá eles teriam o suporte da T.I. e teriam suporte de impressão [...] então hoje está estruturado e tem todo o suporte.

B2: A gente teve uma dificuldade com sala, mas agora a gente está numa sala que fica na direção. Tem um armário individualizado, um desses boxes [...] a gente tem e todo o suporte da T.I., suporte de papel, a direção tem ajudado no que precisa. Colocou monitor novo, teclado novo. Porque o computador da sala antiga que a gente estava acabou sendo extraviado, a gente não sabe se foi furtado ou extraviado, aí a gente já conseguiu tudo novo.

Ainda no contexto estrutural, na categoria de suporte ao sistema e às máquinas, foi declarado durante as entrevistas dos três atores participantes da unidade 05 que a unidade oferece a manutenção periódica preventiva dos computadores, não havendo dificuldades:

A1: Os aparelhos do RHC tem todos manutenção preventiva e ótimo estado de conservação

A2: A manutenção das máquinas é realizada pelos técnicos de TI da unidade com regularidade e sempre que ocasionalmente solicitado. O suporte técnico ao SisRHC também é disponibilizado sempre que ocorrem eventualidades pela gestão estadual [...]

A3: [...] apoio dos técnicos de TI da unidade para manutenção regular, sempre que necessário.

Em relação à unidade 06, apenas a entrevistada B2 se posicionou sobre essa categoria, afirmando o apoio da T.I. da unidade em relação ao suporte de máquinas e rede, porém sem atuar diretamente no sistema (SisRHC), visto que não possuem conhecimento específico para ele.

Quando falado sobre a equipe RHC propriamente dita, de acordo com todos os entrevistados da unidade 05, um fato importante é a permanência dos profissionais por um longo período, possibilitando uma experiência na área. Além disso foi citado a participação da equipe na formação específica do registro oferecida pelo INCA. Na fala do ator A3 foi relatado também a presença do estagiário:

A1: Todos os funcionários do setor são capacitados de acordo com a exigência, e especializado pelo curso de formação oferecido pelo INCA. Não apresenta rotatividade de profissionais, mesma equipe ocupando a função há vários anos

A2: Todos os profissionais passaram pela formação oferecida pelo INCA/SES-PE, além de capacitação em outros momentos [...] Baixa rotatividade de profissionais e mesma coordenação desde implantação [...]

A3: O registrador, bem como o coordenador, possui formação oferecida pelo inca, para atuar no setor. Há também uma estagiária de nível superior em enfermagem incompleto. Rotatividade anual apenas para estagiários [...]

A respeito da equipe do RHC da unidade 06, de acordo com os entrevistados, foram destacadas as dificuldades no período de troca da equipe, tanto de adaptação como de resgate de processos de trabalhos das equipes anteriores. Não foi relatado sobre a equipe atual, que é composta por apenas uma profissional (coordenadora e registradora) e uma estagiária:

B1: Acabou que por muito tempo o estagiário antigo ficou só, e simplesmente ele procurava a gestão dizendo que estava cumprindo o horário, mas que precisasse de alguém que assinasse a frequência dele pra mandar pra SES. E aí [...] no momento de transição [...] pegou a gente meio que de surpresa. Então acabou que quando a nova coordenação se inteirou do processo, estava com todas essas falhas.

B2: Chegar foi realmente um desafio porque mesmo sendo da instituição, eu não sabia que o RHC existia na instituição [...] Na chegada, o treinamento de mexer com a ficha foi dado na primeira reunião que a gente teve geral (da SES), que ela não é muito esmiuçada. O estagiário anterior passou várias coisas, ele realmente foi paciente, explicou o preenchimento da ficha e a digitação foi meio que autodidata [...] foi no período que já estava encerrando o contrato do estagiário, e ele conseguia ter acesso ao sistema, e isso ele usou muito de má fé, disse que não estava recebendo então não iria, colocava uma dificuldade, a gente ficou sem chave, eu ficava trancada porque a chave estava com o estagiário, do mesmo jeito que a antiga registradora não passou nada do que era [...] a gente descobriu que ele (o antigo estagiário) tinha saltado vários meses, ai atrasou porque a gente voltou pra verificar se ele tinha feito tudo de novo [...] Assim, a gente que ver o serviço pronto, ou seja, a importância que é o registro do câncer pra o INCA, a gente ter uma fonte de dados confiável, e de repente você tá no meio disso e fazendo os dados. Eu passei a vida todinha brigando por subnotificação, por registro inadequado... e aí quando sou eu a responsável por isso, passar no meio e olhar como isso vem acontecendo [...]

Em relação ao contexto político, que incorpora as categorias de apoio da gestão, relações interpessoais e ações de promoção da saúde, foi relatado na categoria de apoio da gestão (nacional, estadual e local/hospitalar), pelos atores A2 e A3 da unidade 05, que apenas as esferas nacional e estadual é mais atuante, com uma descrição semelhante dos atores. Enquanto o ator A1 cita as três, mas de forma muito pontual a nacional e estadual, e descreve a gestão local, como uma necessidade de conhecimento e fortalecimento em relação ao setor RHC.

A1: Temos conhecimento da importância do apoio gerencial da gestão estadual, e quando necessário, também do INCA [...] a gestão hospitalar [...] precisa conhecer melhor os processos do RHC, bem como estar mais próximo do setor; mas, dentro do possível, oferecemos suporte técnico necessário, assumindo custos dos treinamentos quando solicitados.

A2: Temos apoio integral da coordenação estadual do RHC, com acessos regulares e frequentes e suporte fácil sempre que necessitamos. Sobre o acompanhamento da gestão nacional (INCA), sempre recorremos a estadual em nossas necessidades.

A3: A gestão nacional (INCA) está sempre de prontidão para todo e qualquer suporte, mas geralmente o nosso setor recorre a gestão estadual para esclarecimentos, dúvidas e possíveis alterações. A Secretaria de Saúde de Pernambuco é sempre precisa nas informações, desse modo, nossos dados estão sempre atualizados e dentro dos prazos estabelecidos.

Para a unidade 06, observou-se durante as duas entrevistas a existência de um bom diálogo entre o setor e a gestão hospitalar, com apoio sempre que necessário. Já a gestão do estadual e nacional foram citadas por apenas um dos atores:

B1: [...] A gente recebeu a informação de que o setor estava sem registrador, que a pessoa estagiária estava terminando o contrato e que iria ficar sem ninguém. Então a gente se antecipou, foi quando foi feito o convite [...] para que ela assumisse e tudo que a gente precisa de informação, que nos é questionado, a gente tem resposta imediata [...] todas as dificuldades que ela sinaliza a gente tenta corrigir de imediato para facilitar o processo de trabalho.

B2: Com o INCA eu não tenho contato, nunca tive contato [...] Do estado a gente tem total apoio, inclusive a facilidade do contato que é até pelo WhatsApp, os e-mails são respondidos em tempo hábil [...]

Aqui na gestão direta, na gestão hospitalar, [...] tem o apoio, tem as dificuldades estruturais que teve, mas que agora já foram sanadas, mas não foi por uma questão de não apoio, mas por uma questão de organização interna mesmo, que a gente estava se dividindo e reestruturando o hospital como um todo [...].

Quando se perguntou, ainda no contexto político, sobre as relações interpessoais entre os profissionais, descreveu-se na unidade 05 que a existência de um clima harmonioso é uma preocupação do hospital, e que para isso é incentivado o diálogo e o respeito entre os setores para manter o ambiente de trabalho agradável:

A1: Temos preocupação de favorecer um clima de ampla sintonia entre os colaboradores do RHC e entre estes e com as outras equipes e gestão hospitalar [...].

A2: Para manter um bom clima organizacional, é incentivado sempre que os funcionários tenham diálogos com os outros funcionários, evitando conflitos internos, e tão logo surjam, tentamos eliminá-los através da comunicação [...].

A3: O setor conta com o profissionalismo e respeito ao próximo, bem como um bom diálogo constante para evitar possíveis desentendimentos; a relação com os demais setores é harmoniosa [...].

Nas relações interpessoais da unidade 06, observa-se na fala do ator B1 essa preocupação no empenho em integrar o RHC com os demais setores por meio de oportunidades, como em fornecimento de dados ou na contribuição dos outros setores no próprio processo de trabalho do RHC, o que contribui também para celeridade dos dados do registro. Na fala do ator B2 essas oportunidades são reforçadas, e é relatado também uma relação de parceria já existente do RHC com outros setores no processo de trabalho do registro. O ator B2 relata ainda a relação do RHC com a gestão, sendo essa de confiança e respeito.

B1: [...] Então a gente tenta em todo o evento colocar o RHC dentro, para que a gente consiga divulgar, então a gente já fez vários eventos [...] Qualquer dificuldade a gente tenta englobar, como a questão da biopsia, o pessoal das contas médicas, que eles precisam, que esses resultados sejam antecipados para que eles alimentem as planilhas e que a gente tenha a informação o mais rápido possível [...].

B2: [...] no hospital a gente tem uma convivência de mais de 16 anos [...] a gente sabe que tipo de profissionais nós somos e não precisa uma cobrança direta, não precisa a direção tá me cobrando pra fazer isso ou aquilo, e eles também tem o respeito e o cuidado de saber e falar [...] então é muito tranquilo, porque quando vocês sabem que as pessoas confiam no seu trabalho, você não fica trabalhando preocupado que alguém vai te fiscalizar, você fica querendo os resultados. Com os outros setores tem uma abertura. O menino do arquivo é ótimo [...] ele é super organizado, super acessível. A gente procura ir no ambulatório no horário de menos pico, que a prioridade é o atendimento às pessoas, aos usuários. E aí a gente vai no horário com menos pico, porque eles procuram as fichas com a gente [...] agora tem o desconhecimento do que é o RHC, que muitas partes (setores) tem. Mas aí a gente, nos grupos de WhatsApp, está sempre divulgando. Todo evento que o núcleo de educação continuada daqui faz, o primeiro setor convidado é o RHC [...]

A última variável abordada foram as ações de promoção da saúde realizadas pelo registro. Na unidade 05 foram relatados pelos três atores o conhecimento e a participação de outros setores no fornecimento de dados, além do uso dos dados no setor de ensino e pesquisa e da divulgação de informações, porém não foi relatado a realização de ações feitas pelo RHC:

A1: É exigido que todos os setores colaborem com o RHC [...] os resultados estão disponíveis para uso do setor de pesquisa e ensino, os mesmos serão incentivados a divulgação internamente, e também a pesquisas científicas

A2: A participação dos setores de oncologia clínica e patologia é frequente, porém, [...] demais setores [...] são consultados mediante necessidade, onde todos têm conhecimento de seu funcionamento. Foi implantado recentemente o setor de ensino e pesquisa [...] o qual trabalhará com todos os dados gerados e disponíveis pelo RHC [...]

A3: A participação dos setores de oncologia clínica bem como da equipe multidisciplinar é frequente e precisa sempre que acionadas mediante necessidade, onde todos colaboram de acordo com suas respectivas funções. O RHC contribui [...] para o setor de ensino e pesquisa [...] o qual trabalhará com todos os dados gerados e disponíveis pelo RHC [...]

Durante a entrevista da unidade 06, os atores relataram ações diferentes de promoção da saúde: o ator B1 descreveu ações com a participação do RHC que são

voltadas para os profissionais de saúde e os trabalhadores em geral da unidade, e também para a população que frequenta o hospital (usuários e familiares), além das unidades terceirizadas da unidade 06. Já o ator B2 falou mais da divulgação interna do setor com residentes e estagiários, de uma forma mais informal, além do fornecimento de dados ações na mídia:

B1: O RHC participa totalmente. A gente sempre pede o apoio de todos os setores do hospital e a importância da divulgação, né? Eu sou plantonista daqui a 16 anos e eu não conhecia (o RHC). Então eu passei a conhecer a partir do momento que eu cheguei aqui (no setor atual) [...] a gente não só aos profissionais do hospital, mas a gente tenta fazer uma divulgação também pra a população. Então a gente divide as atividades pra os profissionais, a gente sempre usa ali o espaço da recepção da emergência e da recepção central pra poder divulgar isso também pra a população geral. O RHC busca informações nas unidades terceirizadas, pra complementar as daqui, e aí a gente não só extrapola os muros da unidade como também da equipe multiprofissional e disciplinar daqui. Também a população que frequenta porque é um tratamento que é longo e que envolve vários processos sociais, econômicos, familiares... e aí a gente tenta também trazer esses familiares, trazer essas pessoas pra cá. Associado a isso a gente ainda tem a residência multiprofissional e que tem os eventos de oncologia que também participam desse processo [...] desde o ano passado a gente tem feito essa atividade também com a parte administrativa. Então assim, lavanderia, tem dia que é o pessoal da lavanderia, é o pessoal dos recursos humanos, o pessoal do setor pessoal, a manutenção [...]

B2: Os residentes de oncologia ajudam a codificar [...] também a profissional que é do núcleo, que é de educação permanente e faz também muita divulgação em televisão, a gente é chamado pra dar entrevista em rádio [...] os últimos eventos foram televisionados. Agora, por exemplo, pegou os dados do registro de câncer e a gente já está dando palestras. [...] Outra coisa foi a gente pegar os estagiários do hospital e chamar eles pra ajudar [...] porque eles são a divulgação, aí eles já sabem que o setor existe. [...]

VII. DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos dos GI nas unidades de Pernambuco, observa-se que o RHC não se encontra implantado no estado, e, observando de forma individual, em nenhuma das unidades. Na influência do contexto político e estrutural sobre o GI, observou-se alguns elementos em que o contexto contribuiu para a implantação, como a condição estrutural adequada para o funcionamento do registro, a baixa rotatividade das equipes do RHC e a parceria com outros setores da unidade. Em contraponto, foram observados alguns entraves do contexto sob o GI, como o não uso do perfil epidemiológico do RHC para subsidiar a gestão, a ausência de uma rotina de qualificação dos dados e a condição estrutural, que apesar de positiva para um cenário, foi negativa para outro.

Analisando de forma específica cada dimensão e componente, a dimensão estrutura representa, de acordo com Novaes³⁵, as condições que constroem e condicionam o universo de práticas a ser avaliado, ou seja, ela é um pré-requisito que dá condições para que o processo de trabalho possa se desenvolver de forma adequada e com qualidade. Observando os resultados obtidos no GI, essa dimensão apresentou comprometimentos importantes em algumas unidades, como a ausência de recursos humanos na unidade 07 e um recurso reduzido na unidade 06. Porém, exceto nas unidades 06 e 07, a pontuação da dimensão estrutura foi maior que a da dimensão processo, sugerindo que é mais favorável atender as necessidades estruturais do que garantir a execução das ações do processo para o registro de câncer.

Porém, mesmo com uma pontuação aceitável na estrutura para maior parte das unidades, o indicador de existência da comissão assessora não foi pontuado em todas as unidades, com exceção da 01 e da 05. De acordo com Nascimento, 2011, a falta dessa

comissão pode comprometer a confiabilidade dos dados e o desenvolvimento de análises²².

Na análise de contexto, o entrevistado da unidade 06 não descreveu o fato da equipe do RHC ser reduzida, situação identificada no GI como uma dificuldade. Foi relatado o entendimento de que o processo de digitação das fichas e o seu envio é satisfatório com o quantitativo de pessoal existente e que há uma satisfação dos profissionais em relação processo de trabalho no setor. Porém, ao compreender que a estrutura adequada está diretamente ligada ao funcionamento e qualidade do processo de trabalho, sugere-se uma fragilidade em toda a dimensão processo, devido ao RH reduzido da unidade. Este achado também foi observado em outros estudos avaliativos que apontaram a dificuldade de estabelecer uma rotina de atividades de um serviço perante o RH reduzido, funcionando na maior parte do tempo com ações básicas e pontuais^{36, 37}.

Além dos recursos humanos, a baixa pontuação dos recursos físicos para o RHC foi relatada por ambos os atores entrevistados da unidade 06, que afirmaram uma dificuldade em relação à sala de funcionamento do registro e a sua estruturação de equipamentos e insumos, inclusive o extravio do computador destinado ao uso no registro. Mas, posteriormente, informaram que essa etapa já foi vencida, estando instalados em um local com computador e suporte técnico, de impressão e de insumos.

Para a unidade 05, as falas sobre a dimensão estrutura foram semelhantes entre os atores e confirmaram a boa pontuação no GI, apresentando todas as necessidades do RHC para um bom funcionamento: próximo ao SAME, climatizada, 02 computadores, impressora, internet, telefone, apoio técnico e manutenção regular. A pontuação da

estrutura da unidade 05 foi igual ou próxima a outras três unidades, o que sugere uma estrutura adequada para cerca de 60% das unidades do estado.

Apesar da boa pontuação da estrutura na maior parte das unidades analisadas, não significa que essa dimensão não deve ter melhorias e ser acompanhada, visto que em estudos anteriores foram apontadas as dificuldades estruturais e de manutenção dos registros de câncer em todas as regiões do Brasil, comprometendo a continuidade da coleta de dados e, principalmente, a análise das informações³⁸.

Na dimensão processo, observou-se que, com exceção da produção dos dados propriamente dito, todos os outros componentes apresentaram uma pontuação indesejada para o GI: gestão hospitalar, coordenação do setor, qualificação dos dados e educação em saúde.

Em relação ao componente da gestão hospitalar, historicamente foi identificado que o bom funcionamento de hospitais estava relacionado principalmente a bons operadores, isto é, aos profissionais responsáveis pelas ações executadas diretamente aos pacientes, devendo esses serem qualificados e com autonomia. Porém, ao longo do tempo, observou-se que essa ideia estava equivocada, pois faltava a integração e organização em vários sentidos: da estrutura, das especialidades, do compromisso e das finanças³⁹, sendo esse aspecto papel central da gestão local.

Para o RHC é de fundamental importância o reconhecimento do setor na gestão hospitalar, garantindo o seu funcionamento e a sua qualidade, assim como a colaboração dos setores parceiros. Porém a pontuação para o GI nesse componente foi menor que a metade da pontuação esperada para todas as unidades, exceto para a unidade 01. Para as unidades 03 e 04, o papel da gestão foi reduzido à garantia do

acesso do RHC aos prontuários da unidade; para as unidades 05, 06 e 07, além do acesso aos prontuários, a gestão realizou reunião para instalação do registro na unidade; e na unidade 02, ela realiza reuniões com a coordenação.

As unidades que tiveram seu contexto analisado, ambas apresentaram pontuações baixas no seu grau de implantação em relação à gestão. Porém, a unidade 06 relatou no discurso da análise do contexto que a principal dificuldade era a estrutura física, como observado anteriormente, não havendo nenhum tipo de barreira na gestão e que essa era acessível e dava todo o apoio demandado do RHC.

Ao analisar os discursos dos atores, observa-se que esse apoio possibilita uma situação de confiança e amizade entre a gestão da unidade 06 e a coordenação RHC, o que é um ponto favorável, porém, em excesso, prejudica a presença e responsabilidade da gestão no entendimento do processo de trabalho do RHC. Essa situação foi reiterada em um segundo momento da entrevista, quando foi relatado que a gestão assumiu uma resposta a uma demanda solicitada por um estagiário do setor, porém sem conhecimento do que estava fazendo. Segundo Vendemiatti et al⁴⁰, um ambiente hospitalar equilibrado necessita da coexistência de duas situações: a liberdade e autonomia de atuação dos profissionais de saúde, juntamente com regras e processos administrativos, sendo necessário a comunicação, negociação e participação dos envolvidos. Dessa forma, a presença e direcionamento da gestão de forma harmônica entre os atores é essencial para o bom andamento das atividades e otimização dos resultados.

De acordo com um estudo avaliativo sobre a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2015, a gestão precisa atuar para além da garantia dos recursos humanos, físicos e materiais, mas precisa conhecer os objetivos e funções do

setor, participar do planejamento de processo de trabalho e investir capacitações para os profissionais⁴¹.

Uma forma de se acompanhar o funcionamento do registro foi observada em um trabalho de conclusão de curso da Universidade Federal Fluminense a construção de um aplicativo nomeado de “gestão RHC” e que tem a função de acompanhar os novos casos preenchidos e atualizar as informações com o cruzamento de outros sistemas da unidade, além controlar a solicitação de prontuários ao arquivo e elaborar relatórios⁴².

Outro ponto observado em relação à gestão da unidade 06 foi a divergência de informação relatada sobre o uso dos dados do RHC para o planejamento da gestão hospitalar, que foi negado no questionário inicial (GI). Entretanto, na entrevista qualitativa, relatou-se que os dados são usados para o planejamento das portas de entradas e encaminhamento de pacientes, deixando uma incoerência na informação. Porém é importante destacar que essa divergência pode ser tanto por incoerência de informação, como pelo de fato de se tratar de duas abordagens metodológicas diferentes, uma quantitativa e outra qualitativa.

Na unidade 05, apesar de possuir a maior pontuação do GI, foi relatada e reconhecida pelo ator A3 a fragilidade entre a gestão do hospital e o setor RHC, e que, apesar de oferecerem o apoio quando necessário, é preciso o acompanhamento mais próximo e o maior conhecimento dos processos do registro. O reconhecimento da necessidade sugere uma maior probabilidade do fortalecimento dessa gestão. Já os atores A1 e A2 não fizeram menção à gestão hospitalar, relatando somente o apoio estadual (SES-PE) e nacional (INCA), o que fortalece a fragilidade.

No componente de qualificação de dados, a pontuação obtida foi baixa em todas as unidades, sendo zero pontos na unidade 01, e 1 ponto nas unidades 02 e 06. A unidade 05, que teve a maior pontuação (3 dos 8 pontos esperados), realiza a sensibilização dos profissionais da recepção e do corpo médico para o preenchimento das informações do RHC e o acompanhamento do percentual de incompletude das variáveis, ainda que numa frequência inferior da preconizada. De uma maneira geral, observou-se que no processo de trabalho das unidades pouco ou nada se faz para a qualificação do banco de dados do RHC, porém, segundo Oliveira et al¹⁷, algumas estratégias de qualificação do RHC são realizadas no âmbito estadual em Pernambuco. Essas estratégias estão incluídas no Projeto de Diagnóstico e Intervenção do RHC, com início no ano de 2013 até o presente momento, e nele compreende a contratação de estagiários de nível superior lotados nas unidades para atualização do banco e a oferta do curso básico para formação de registradores de câncer (INCA) no estado a cada três anos.

Apesar da pontuação quase zerada da unidade 06, na análise do contexto percebe-se durante a entrevista o reconhecimento da importância do objetivo do registro de câncer, sendo reconhecido pelo entrevistado a necessidade de um banco de dados qualificado. A pouca exploração das ações para a qualificação pode ser justificada pelas mudanças recentes de profissionais. Para a unidade 05, observa-se na fala dos três atores entrevistados a preocupação e incentivo para a boa relação entre a equipe do RHC e os setores parceiros, sugerindo um ambiente favorável para a sensibilização dos profissionais quanto a qualificação dos dados e o fortalecimento das relações.

Estudos anteriores realizaram análise da qualidade dos sistemas de informações em saúde para o câncer e destacaram um registro mais qualificado em relação ao Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM), que vem ao longo dos anos diminuindo o seu

percentual de causas mal definidas⁴³. Para o RHC, foi observado em dois hospitais oncológicos do Nordeste uma deficiência em relação à verificação de inconsistências no banco de dados e ao envolvimento dos profissionais de outros setores da unidade no aprimoramento das informações²².

Para o componente da educação na saúde, abrangeu-se duas vertentes: a educação permanente para qualificação dos profissionais e as ações de promoção em saúde. A pontuação observada foi variada entre as unidades, chegando a 1 ponto na unidade 03 e 9 pontos na unidade 05.

Em relação à educação permanente oferecida aos profissionais, é possível que a rotatividade da equipe do RHC tenha prejudicado a pontuação, pois apesar dos cursos de qualificação serem oferecidos anualmente e o curso de formação a cada 3 anos no estado, três unidades não tem nenhum profissional com a formação (03, 06 e 07) e também três unidades participaram de menos da metade dos cursos de qualificação ofertados (02, 03 e 06). Além dos treinamentos oferecidos pelos níveis nacional e estadual, foram pontuados os treinamentos realizados internamente para a atualização das equipes do RHC e/ou aos setores parceiros do registro dentro da unidade. Nesses casos as unidades 01, 03, 04 e 05 realizam pelo menos um desses treinamentos.

É importante ressaltar que a educação permanente é uma estratégia transformadora que deve estar inerente às atividades profissionais a fim de qualificar o sistema de saúde como todo⁴⁴, por essa razão ela está incluída entre um dos objetivos do registro hospitalar de câncer. De forma específica, a capacitação técnica para profissionais do RHC necessita de conhecimentos particulares para o câncer, como o conhecimento de codificação topográfica e histológica do tumor pela Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O) e classificação de estadiamento TNM, além ações

contínuas e sistemáticas de coleta, consolidação, análise e divulgação de dados. Sendo assim, em 19 de fevereiro de 2018, foi incluído na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) o Registrador de Câncer, de numeração 415305, e sendo preconizado escolaridade de 2º grau completo e curso de qualificação profissional para a função. Está em aberto para aprovação o Projeto de Lei número 1411, de 2019, que torna o registrador uma profissão reconhecida e regulamentada ^{45,46}.

Na unidade 06, com a nova equipe do RHC e a ausência de um profissional capacitado na unidade para repassar o processo de trabalho, esse início foi relatado com algumas dificuldades nesse processo de capacitação, visto que nenhum profissional da unidade tinha conhecimento sobre o setor, exceto um estagiário que teve um período de experiência e repassou o que conhecia. Em estudo anterior onde foi avaliado a gestão hospitalar de três unidades oncológicas no Nordeste a respeito do RHC foi relatado a dificuldade de permanência dos profissionais do setor, visto o vínculo precário e terceirizado, o que implicava diretamente na capacitação dos profissionais, trazendo impactos nos resultados do setor²².

A unidade 05 obteve a maior pontuação do GI nesse componente e foi justificado pelos relatos dos três atores entrevistados, que citaram a formação de registrador de câncer (oferecida pelo INCA), cujo toda a equipe RHC já realizou. Além disso, foi citado a baixa rotatividade dos profissionais, o que já foi apontado em estudo como algo positivo, visto que a alta rotatividade afeta diretamente a qualidade do trabalho e os custos para a organização, e a sua permanência pode sugerir uma satisfação e bem estar dos profissionais⁴⁷. Ao observar a pontuação no GI sobre a participação nos cursos de formação e qualificação, sugere-se que uma pequena parte das unidades tem baixa rotatividade dos profissionais.

Quanto às ações de promoção da saúde realizadas pelo RHC na unidade, foi identificado que as unidades 01 e 06 realizam 1 ou 2 ações ao ano, e a unidade 05 realiza 3 ou mais ações nesse mesmo período. A realização dessas ações também é um dos objetivos do RHC, visto que o câncer é a segunda DCNT com maior índice de mortalidade tanto no país como no estado, e que as mudanças comportamentais do estilo de vida contribuem para o controle da doença na população⁴⁸.

Na unidade 06 foi relatado na entrevista do contexto, pelo ator B2, que o núcleo de educação permanente da unidade divulga constantemente os dados do registro de câncer em rádio e televisão, além da realização de palestras sobre o tema. Existe ainda a divulgação interna na unidade, principalmente com estudantes e residentes. Para a unidade 05, os três atores entrevistados relataram sobre o setor de pesquisa e ensino do hospital, onde os dados do RHC ficam disponíveis para estudos científicos, além de ser usado como divulgação interna para os profissionais da unidade, porém o RHC da unidade não realiza ações de promoção da saúde com as informações.

Mesmo as duas unidades analisadas sendo categorizadas como parcialmente implantado, o percentual de 52,6% da unidade 06 e de 75,0% da unidade 05 implica em pontos diferenciais do seu GI que puderam ser identificados também no seu contexto.

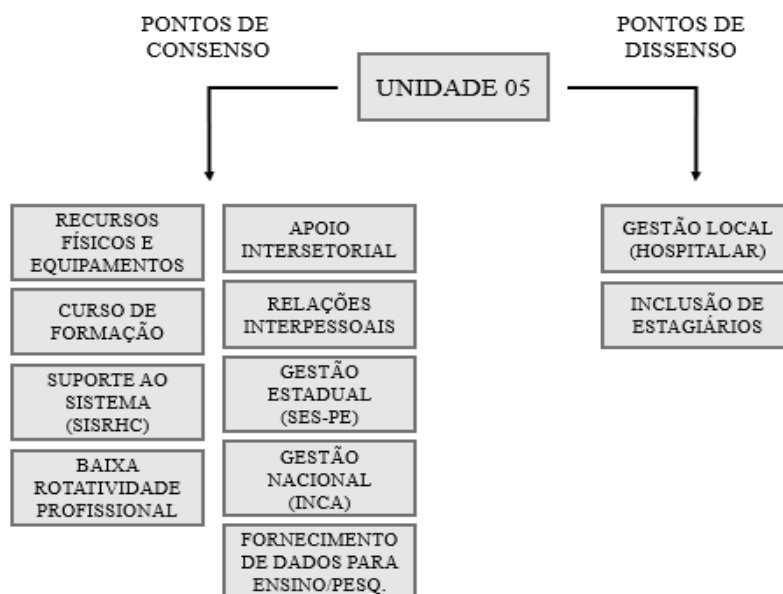
Apesar da produção e envio de dados acontecer em ambas as unidades, a forma que ela acontece diferenciam-nas e faz do RHC da unidade 05 um setor mais consistente e qualificado. A equipe capacitada e em quantitativo adequado visto no hospital de maior pontuação dá condições para o processo de trabalho funcionar, situação essa encontrada ainda insipiente na unidade 06. O envolvimento da gestão e de outros setores parceiros ao registro é outro ponto visto como diferencial na unidade 05, além de estabilidade dos profissionais.

Mesmo apresentando o maior GI entre os analisados, a unidade 05 também tem as suas necessidades de melhoria para atingir os 100% de implantação, sendo elas: a realização do monitoramento periódico dos indicadores e seu acompanhamento junto à gestão, participação das reuniões estaduais, elaboração e divulgação interna de relatórios com dados do RHC e suas incompletudes, e ações de promoção da saúde realizada pelo registro.

Os achados da entrevista observados na metodologia qualitativa com perspectiva hermenêutica dialética foram sintetizados de forma a apresentar, para cada unidade, os principais pontos em consenso e em dissonância nas falas dos atores. Na unidade 05, foi observado uma concordância entre os atores na maior parte das categorias abordadas no roteiro, exceto quando falado sobre o apoio da gestão hospitalar e sobre a inclusão dos estagiários na equipe (Figura 3).

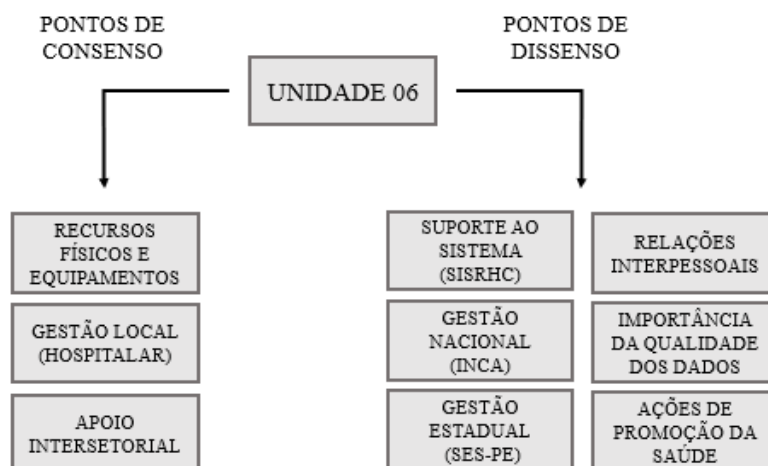
Enquanto na unidade 06, os pontos em comum nos relatos dos entrevistados se resumiram à recursos físicos e equipamentos, gestão hospitalar e apoio intersetorial, sendo a maior parte das categorias descritas por apenas um ator ou pelos dois, mas de formas diferentes (Figura 4).

Figura 3: Achados sob a perspectiva hermenêutica dialética das entrevistas para o contexto político e estrutural da unidade 05



Fonte: produção das autoras

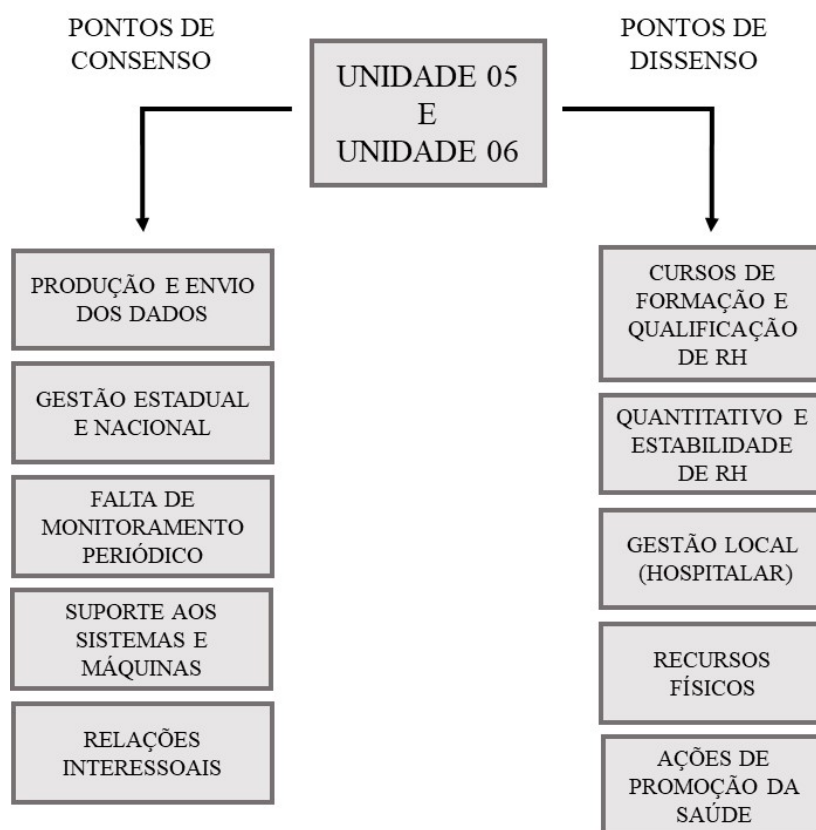
Figura 4: Achados sob a perspectiva hermenêutica dialética das entrevistas para o contexto político e estrutural da unidade 06



Fonte: produção das autoras

Foi esquematizado também os pontos em comum de consenso e dissenso nas duas unidades analisadas pela perspectiva hermenêutica dialética, sugerindo uma tendência de perfil nas unidades oncológicas em Pernambuco (Figura 5).

Figura 5: Pontos de dissenso e consenso da análise de implantação entre as duas unidades que tiveram seus contextos analisados (unidades 05 e 06)



Fonte: produção das autoras

Embora a pesquisa não contemple todas as unidades oncológicas do estado de Pernambuco e apresente a limitação de apenas as unidades com maior e menor grau de implantação terem seu contexto analisado, o fato de serem as unidades dos dois extremos do GI nos aproxima da realidade observada em todo estado, e ao observar todos os componentes analisados no estudo, percebe-se que ainda há um caminho a ser seguido para a completa implantação do RHC em Pernambuco, sendo necessário atuar

tanto na estruturação do registro, como nas ações do componente processo que apresentaram uma maior fragilidade.

Por fim, é importante citar que esse estudo traz algumas limitações, que são: 1. Impossibilidade da análise de contexto em todas as unidades visto a extensão da coleta e a limitação temporal; 2. a ausência de pergunta norteadora sobre a qualidade dos dados no roteiro de entrevista da análise do contexto, sentindo a necessidade desse aprofundamento no momento da análise; 3. A limitação de tempo e recursos financeiros para a coleta presencial do contexto na unidade localizada em Petrolina; 4. o fato da pesquisadora ser referência técnica estadual dos RHC em Pernambuco pode ter inibido ou limitado os informantes chave, embora aparentemente esse fato tenha contribuído mais do que prejudicado, pois deixou os atores mais confortáveis por ser alguém de seu conhecimento.

VIII. CONCLUSÃO

Esta pesquisa evidenciou que o RHC em Pernambuco se encontra parcialmente implantado e ainda necessita de uma melhoria em diversos pontos estruturais e de processo para se encontrar plenamente implantado. No GI, os componentes de gestão e qualificação das informações foram os que obtiveram as menores pontuações, necessitando de medidas mais intensas e direcionadas. Enquanto a dimensão estrutura e o componente produção de dados, encontra-se próxima da ideal na maioria das unidades.

Os aspectos contextuais demonstraram a importância da presença e apoio da gestão no processo de implantação e funcionamento do registro, a necessidade de uma equipe qualificada e com baixa rotatividade, e o uso dos dados do registro de forma pontual ou insipiente, por parte das unidades.

A maior parte das análises do grau de implantação foram confirmadas e fortalecidas quando observado os aspectos contextuais, dando destaque às principais necessidades (RH qualificado, estrutura adequada, relações interpessoais harmônicas) e evidenciando fragilidades no quantitativo de recursos humanos, na gestão e no uso das informações do registro.

IX. RECOMENDAÇÕES

Com base no que foi analisado nesse estudo, é possível a elaboração de algumas recomendações que possam favorecer e fortalecer a implantação do RHC, não somente para unidades analisadas, mas para todo o estado de Pernambuco, como: prover o quantitativo de recursos humanos necessário para garantir o funcionamento do RHC; investir na satisfação profissional, a fim de reduzir a rotatividade de profissionais já capacitados; realizar reuniões da gestão hospitalar, juntamente com a gestão estadual e apoio da nacional, para fortalecer o reconhecimento do setor, com vista no entendimento da importância do registro, fortalecimento da equipe, integração do RHC com os setores parceiros e inclusão das informações fornecidas pelo registro para planejamento local; realizar encontros periódicos da gestão com a equipe do RHC para o acompanhamento das necessidades e estratégias de implantação do registro na unidade; sistematizar a elaboração e divulgação de relatórios de acompanhamento da produção de dados do RHC; elaborar rotina de análise e discussão do banco de dados, para que seja possível identificar os nós críticos existentes para a qualificação dos dados e realizar os encaminhamentos necessários; usar as informações do registro como base para realização periódica de ações de promoção da saúde, a fim de que atinja toda a população, focando no perfil epidemiológico do RHC.

De uma maneira geral seria a utilização do Modelo Lógico e dos indicadores da Matriz de análise e julgamento, construídos nesse estudo, a fim de orientar a estruturação e os processos necessários para o bom funcionamento do RHC. Outra recomendação é a proposta de construção de aplicativo para acompanhar os novos casos preenchidos e atualizar as informações.

Sugerem-se também estudos posteriores que possam analisar o contexto das demais unidades, trazendo uma visão mais específica de cada uma delas, e novas pesquisas avaliativas de análise de efeito, a fim de medir se o RHC em Pernambuco produz os resultados esperados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde - OMS. Global Status Report on non-communicable diseases. 2014 [acesso em: 20 abr. 2018]; OMS: 302 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=BC5F22790D7F5572023B6199FC29BCBF?sequence=1
2. Bittencourt R, Scaletzky A, Boehl JAR. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre - RS. 2004 [acesso em: 13 out. 2018]; 50(2): 95-101. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_50/v02/pdf/ARTIGO1.pdf
3. Wunsch filho V, Antunes JLF, Boing AF, Lorenzi RL. Perspectiva da investigação sobre determinantes sociais em câncer. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2008 [acesso em: 13 out. 2018]; 18(3): 427-450. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a04.pdf>
4. Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa – Câncer. Brasília; 2018 [acesso em: 15 de dezembro de 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=839
5. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. 2017. INCA: 128p.
6. Agência Internacional de Pesquisa sobre o cancer - IARC. Handbooks of Cancer Prevention Volume 16: Body Fatness. Lyon, France: IARC; 2016
7. Agência Internacional de Pesquisa sobre o cancer - IARC. World Health Organization. World Cancer Report 2014. 2014 [acesso em: 22 jun. 2018]; IARC: 632 p. Disponível em: <https://www.drugsandalcohol.ie/28525/1/World%20Cancer%20Report.pdf>
8. White MC, et al. The history and use of câncer registry data by public health câncer control programs in the United States. Wiley Online Library. 15 dez. 2017 [acesso em: 22 jun. 2018]; 123 (24): 4969-4976. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5846186/>
9. Boyle P, Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. Annals of Oncology. 16 mar. 2005 [acesso em 22 jun. 2018]; 16(3): 481–488. Disponível em: <https://academic.oup.com/annonc/article/16/3/481/160249>
10. European Commission [homepage da internet]. European Cancer Information System [Acesso em: 02 set. 2018]. Disponível em: <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>
11. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto, OL, Silva Junior, J.B. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do

Sistema Único de Saúde. Rev. Epidemiol. Serv. Saúde. 2006 [acesso em: 01 mai. 2018]; 15 (1): 47-65. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a06.pdf>

12. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Informação dos Registros Hospitalares de Câncer como estratégia de transformação: perfil do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva em 25 anos. 2012 [acesso em 1 mai. 2018]; INCA: 104p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Informacao_dos_registros_hospitalares.pdf

13. Soccal DC. Estratégias de gestão municipal no enfrentamento do câncer de mama: compreensões e modo de intervenção [Trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Santa Maria; 2013 [acesso em: 07 set. 2018]. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/2271/Soccal_Daiana_Carvalho.pdf?sequence=1&isAllowed=y

14. Kligeman J. Registro Hospitalar de Câncer no Brasil. 2001 [acesso em: 19 ago. 2018]; 47 (4): 357-359. Disponível em: http://www.inca.gov.br/Rbc/n_47/v04/pdf/editorial.pdf

15. BRASIL, Portaria Nº 140 de 27 de fevereiro de 2014: Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia. Diário Oficial da União [acesso em 01 mai. 2018]. Disponível em: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/Portaria-140-2014-UNACON.pdf>

16. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Registros Hospitalares de Câncer: planejamento e gestão. 2010 [acesso em 20 abr. 2018]; INCA: 538p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/registros_hospitalares_cancer.pdf

17. Oliveira AS, Vasconcelos MMN, Abath MB, Paes IMBS, Lemos EC. Registros Hospitalares de Câncer em Pernambuco: da Gestão ao Registro. Rev. Bras. Cancerologia. 2017 [acesso em 01 mai. 2018]; 63 (1): 21-28p. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_63/v01/pdf/05-artigo-registros-hospitalares-de-cancer-em-pernambuco-da-gestao-ao-registro.pdf

18. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – SES/PE. Projeto de Diagnóstico e Intervenção do Registro Hospitalar de Câncer em Pernambuco. Jul. 2017; SES-PE: 26p.

19. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz, Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p.41-60.

20. Macedo, FO. Abordagem cirúrgica axilar no câncer de mama estadiamento clínico T1-T2N0M0: complicações pós-operatórias e sobrevida em uma coorte hospitalar de mulheres do Rio de Janeiro [Dissertação do mestrado em Ciência]. Rio de Janeiro:

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2015 [acesso em 21 jul. 2018]. Disponível em: <https://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4505>

21. Pinajá FCS, Lages RB, Costa UA, Teles JBM, Campelo V. Sobrevida de pacientes com câncer de próstata. Rev.Bras. Promoç. Saúde. 2013 [acesso em 21 jul. 2018] 26 (1): p. 45-50. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/408/40827988007.pdf>

22. Nascimento LR, Alves, SV. Análise do Funcionamento do Registro Hospitalar de Câncer em três cidades do Nordeste brasileiro. Rev. Bras. Cancerolog. 2011 [acesso em 4 ago. 2018]; 57 (4): p.473-482. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/03_artigo_analise_funcionamento_registro_hospitalar_cancer_em_tres_cidades_do_nordeste_brasileiro.pdf

23. Barreto IC. Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em âmbito municipal. [Dissertação do Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde]. Pernambuco: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; 2013

24. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault RA. Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro; 1997. p. 29-48.

25. Champagne F, Brousselle A, Hartz, Z, Contandriopoulos AP, Denis JL. A análise de implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p.217-240.

26. Denis JL, Champagne F. Análise de Implantação. In: Hartz ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro; 1997. p. 49-88.

27. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP. Modelizar as intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p.61-74.

28. Candeias, A. Conceito de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Revista de Saúde Pública. 1997 [acesso em 15 jun. 2020]; 31 (2): p.209-219.

29. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in quality assessment and monitoring). Michigan: Health Administration Press; 1980.

30. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2001.

31. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Ed. ABRASCO; 2013.

32. Beaud S. Weber F. Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos. Petrópolis: Ed. Vozes; 2007.
33. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como o caminho do pensamento social. In: Minayo, MCS, Deslandes SF. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 83-107
34. Gomes R. Análise e interpretação de dados: integração dos sentidos [Aula ministrada]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2011 [acesso em 30 ago. 2018]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=jjFDKkzoLxY>.
35. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologia em saúde. Rev Saúde Pública. 2000 [acesso em 03 jan. 2020]; 34 (5): p. 547-559. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>
36. Oliveira LGD, Natal S, Camacho LAB. Análise da implantação do Programa de controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil. Cad Saúde Pública. 2015 [acesso em 26 fev. 2020]; 31 (3): p. 543-554. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n3/0102-311X-csp-31-03-00543.pdf>
37. Cosemdey MAE. Análise de implantação do Programa Farmácia Básica [Tese de conclusão do curso de Doutorado em Saúde Pública]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2000 [acesso em 25 fev. 2020]. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4451>
38. Guerra MR, Gallo CVM, Azevedo G, Mendonça, S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudo epidemiológicos mais recentes. Rev Bras de Cancerologia. 2005 [acesso em 25 fev. 2020]; 51 (3): p. 227-234. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/c4c6/060c4fd66294e1517cff64fabde16dc7b4be.pdf>
39. Azevedo CS. Gestão Hospitalar: a visão dos diretores de hospitais público do município do Rio de Janeiro. RAP; Rio de Janeiro, 1995 [acesso em 6 jan. 2020]; 29 (3): p. 33-58. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/8182/6987>
40. Vendemiatti M, Siqueira ES, Filardi F, Binotto E, Simioni FJ. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. Rev Ciencia & Saude Coletiva. 2010 [acesso em 19 fev. 2020]; 15 (1): p. 1301-1314. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2010.v15suppl1/1301-1314/pt>
41. Ribeiro DRBS. Análise do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em três municípios da Zona da Mata Norte de Pernambuco [Dissertação de conclusão do curso de Mestrado em Avaliação em Saúde]. Pernambuco: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; 2015 [acesso em 25 fev. 2020]. Disponível em: <http://200.133.11.20/bitstream/123456789/256/1/Dissertac%CC%A7a%CC%83o%20Danielle%20Rufino%20sem%20artigo.pdf>

42. Costa LM. Hospital Federal de Bonsucesso: ações estratégicas de gestão da informação para o registro de câncer. [Relatório técnico de conclusão do curso de bacharelado em Administração Pública]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2016. [acesso em 26 fev. 2020] Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/3365/1/Luciano%20Mesentier%20da%20Costa.pdf>
43. Silva GA, Teixeira MTB, Aquino EML, Tomazelli JG, Silva, IS. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informação de Saúde. Cad. Saude Pública. 2014 [acesso em 24 fev 2020]; 30 (7): p. 1537-1550. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2014.v30n7/1537-1550/pt>
44. Vicent SP. Educação Permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. Rev brasileira de cancerologia. 2007 [acesso em 07 jan. 2020]; 53 (1): p. 79-85. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_53/v01/pdf/secao_especial2.pdf
45. Cadastro brasileiro de ocupações [homepage na internet]. Trabalhadores em registro de câncer e informações em saúde [acesso em 26 fev 2020]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/ResultadoFamiliaDescricao.jsf>
46. Brasil. Projeto de Lei nº 1411, de 13 de março de 2019. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Registradores de Câncer. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=8A9B1AFCCC1B25FB181B3035008F5AAE.proposicoesWebExterno2?codteor=1718342&filenome=PL+1411/2019
47. Nomura FH, Gaidzinski RR. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005 [acesso em 08 fev. 2020]; 13 (5): p. 648-653. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000500007&script=sci_arttext&tlng=pt
48. Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento de doenças crônicas: revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica. 2013 [acesso em 07 jan. 2020]; 34 (5): p. 343-350. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n5/343-350/pt>

APÊNDICE A: MODELO LÓGICO: REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER – PERNAMBUCO

Intervenção: Registro Hospitalar de Câncer em Pernambuco

Objetivo Geral: Garantir banco de dados de câncer da unidade atualizados, enviados, qualificados e utilizados

COMPONENTE	OBJETIVO	ESTRUTURA	PROCESSO	PRODUTO	RESULTADO INTERMEDIÁRIO	RESULTADO FINAL
Gestão Hospitalar	Garantir apoio e acompanhamento do RHC	1. Recursos Humanos: Equipe do RHC (coordenador - mínimo 12 hs - e 1 registrador para cada 500 casos novos da unidade hospitalar -mínimo de 30 hs; Comissão Assessora (médico(s) oncologista), gestor hospitalar, equipe médica, equipe administrativa, equipe do arquivo médico, usuários, familiares dos	Realização de reunião inicial de conscientização e importância do setor RHC na unidade, estabelecendo as parcerias dos demais setores (gestores, corpo clínico, pesquisadores e administração)	Reunião inicial intersetorial realizada	Garantia de apoio e acompanhamento para um funcionamento satisfatório do RHC	Banco de dados de câncer da unidade atualizados, enviados, qualificados e utilizados
			Realização de reuniões de acompanhamento da coordenação do RHC com a gestão hospitalar	Reunião anual realizada		

		usuários 2. Instalações Físicas: Sala exclusiva do RHC, com armários para os materiais e arquivos para as fichas 3. Equipamentos: Computadores com SisRHC instalado para todos da equipe, impressora, transporte (para reuniões externas), datashow 4. Insumos, normas: livro de ocorrência do RHC, papel, Manual do RHC - INCA, Instrutivo estadual de preenchimento das fichas do RHC, CID-O, TNM, Fichas de primeiro tumor, fichas de seguimento, prontuário médico único, materiais para ação de promoção da saúde e prevenção do câncer	Monitoramento dos indicadores estaduais do RHC	Monitoramento quadrimestral dos indicadores do RHC pela gestão hospitalar: incompletude das variáveis: estadiamento, escolaridade, ocupação, razão pra não tratar e estado da doença após 1º tratamento/nº de cirurgias/nº de dias entre diagnóstico e tratamento/localização primária do tumor/ diagnóstico e tratamento anterior à chegada na unidade/ ocupação/procedência		
			Reuniões de discussão dos indicadores do RHC monitorados, com a gestão hospitalar e coordenação RHC para qualificação dos dados do RHC	03 Reuniões anuais de discussão dos indicadores monitorados para qualificação do RHC		
			Inclusão dos indicadores do RHC na formulação do planejamento da unidade	Indicadores do RHC incluídos na formulação do planejamento da unidade		

			Acompanhamento com os atores/parceiros que devem apoiar o RHC (gestores, corpo clínico, pesquisadores e administração)	Acompanhamento semestral com parceiros do RHC		
			Liberação do acesso da equipe RHC aos prontuários, por meio do arquivo médico, para coleta de dados para preenchimento da ficha do RHC	Acesso da equipe RHC ao arquivo médico liberado		
Coordenação do Setor RHC	Garantir a organização da rotina de trabalho e a divulgação do RHC nas unidades e nos órgãos externos		Registro das condutas e funcionamentos adotados pelo setor RHC no livro de ocorrência	Livro de ocorrência com registros atualizados semestralmente	Qualificação do trabalho da equipe com a organização da rotina de trabalho	Banco de dados de câncer da unidade atualizados, enviados, qualificados e utilizados
			Esclarecimento das dúvidas dos registradores na rotina de trabalho	Dúvidas da rotina dos registradores esclarecidas pelo coordenador		
			Definição das atribuições para cada integrante da equipe	Atribuições de cada integrante da equipe estabelecidas		
			Participação na reunião estadual de acompanhamento e monitoramento do RHC	Participação quadrimestral nas reuniões de RHC estadual realizada		

			Atualização do questionário do Integrador RHC ao INCA	Questionário do Integrador RHC ao INCA atualizado anualmente ou a cada mudança		
			Elaboração de relatórios com os dados do RHC para divulgação interna da unidade	Relatórios com os dados atualizados do banco do RHC elaborados semestralmente		
			Divulgação dos relatórios com dados do RHC para gestão da unidade, clínicas, administração e gestão estadual	Relatórios com os dados atualizados do banco do RHC divulgados semestralmente		
Produção de dados	Garantir o a produção de dados e envio anual do banco do RHC ao INCA		Identificação dos casos confirmados de câncer na unidade	95% dos casos de câncer da unidade confirmados identificados	Banco de dados do RHC produzidos e enviado anualmente ao INCA	Banco de dados de câncer da unidade atualizados, enviados, qualificados e utilizados
			Busca dos prontuários dos casos novos de câncer confirmado no arquivo para ficha de primeiro tumor	95% dos prontuários dos casos novos identificados entregues ao setor RHC		
			Busca dos prontuários dos casos antigos de câncer no arquivo para ficha de seguimento	90% dos prontuários dos casos de seguimento entregues ao RHC		

			Preenchimento inicial da ficha de primeiro tumor com os dados dos prontuários	95% das fichas de primeiro tumor preenchidas com os dados dos prontuários		
			Preenchimento inicial da ficha de seguimento com os dados dos prontuários	90% das fichas de seguimento preenchidas com os dados dos prontuários		
			Existência de rotina de busca ativa de informações que não estão no prontuário nos setores e com os profissionais da unidade	Rotina de busca ativa existente		
			Esclarecimento das inconsistências e dúvidas com a comissão assessora	80% das inconsistências e dúvidas esclarecidas com a comissão assessora		
			Validação dos dados pelo coordenador do RHC	95% dos dados validados pelo coordenador do RHC		
			Digitação das fichas no SisRHC	100% das fichas digitadas no SisRHC		
			Envio da Base de dados anual ao INCA pelo Integrador RHC	Base de dados anual enviada ao INCA pelo Integrador RHC		

Qualificação dos dados	Melhorar a completude dos dados do RHC e qualificar as informações		Identificação das variáveis com maiores percentuais de incompletudes	Variáveis com maiores percentuais de incompletudes identificadas	Dados do RHC completos e informação qualificada	Banco de dados de câncer da unidade atualizados, enviados, qualificados e utilizados
			Divulgação dos percentuais de incompletudes das variáveis do RHC para os setores	Divulgação semestral dos percentuais de incompletudes das variáveis para os setores		
			Participação em reuniões para sensibilizar o corpo médico e a recepção da importância do preenchimento com qualidade das informações do prontuário	Participação quadrimestral nas reuniões clínicas para corpo médico		
				Participação quadrimestral nas reuniões com profissionais da recepção		
Educação na Saúde	Capacitar e qualificar os profissionais envolvidos no processo de trabalho do RHC e oferecer à população da unidade ações de prevenção de câncer e		Participação de coordenador e registradores no Curso Básico de Registradores de Câncer	Equipe RHC formada pelo Curso Básico de Registradores de Câncer	Profissionais envolvidos no processo de trabalho do RHC capacitados e qualificados e ações de prevenção de câncer e promoção da saúde oferecidas à população da unidade	Banco de dados de câncer da unidade atualizados, qualificados e utilizados
			Participação do Curso anual de qualificação dos profissionais do RHC	Participação da equipe RHC no curso anual de qualificação		

	promoção da saúde		Realização de treinamentos para qualificação e atualização da equipe do RHC na unidade	Treinamento anual com equipe do RHC realizado		
			Realização de treinamento com as equipes dos setores parceiros do RHC no hospital para uso das classificações usadas no registro (CID-O e TNM)	Treinamento anual com a equipes parceiras do RHC realizado		
			Fornecimento de dados do RHC para pesquisas científicas	Dados do RHC fornecidos aos pesquisadores segundo demanda		
			Realizações de ações trimestrais de promoção da saúde e prevenção do câncer para usuários, familiares e profissionais na unidade, com base nos dados do RHC	Ações trimestrais de promoção da saúde e prevenção do câncer realizadas		

Fontes: Manual INCA, 2010; Nascimento, 2011; Planejamento 2016 e 2017 - SES/PE; Santos et al. 2017

APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DOS REGISTROS HOSPITALARES DE CÂNCER EM PERNAMBUCO

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSO EM
AVALIAÇÃO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE



INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO

ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER EM PERNAMBUCO

Questionário do Gestor

1. Foram realizadas reuniões intersetoriais da gestão com RHC e setores parceiros para instalação do RHC? Se sim, quantas? () SIM () NÃO _____

2. São realizadas reuniões da gestão hospitalar com a coordenação do RHC? Se sim, quantas por ano? () SIM () NÃO _____

3. A gestão hospitalar realiza o monitoramento dos indicadores do RHC?

() SIM () NÃO

Se sim, com qual periodicidade? () mensal () quadrimestral () semestral () anual

4. A gestão hospitalar realiza reuniões com a coordenação do RHC para acompanhar e discutir o monitoramento dos indicadores? () SIM () NÃO

Se sim, com qual periodicidade? () mensal () quadrimestral () semestral () anual

5. Os indicadores do RHC são incluídos nas reuniões de planejamento hospitalar?

() SIM () NÃO

6. A gestão hospitalar realiza reuniões de acompanhamento com os atores/parceiros que devem estar apoiando o RHC (gestores, corpo clínico, pesquisadores e administração)?

Se sim, quantas por ano? () SIM () NÃO _____

7. A equipe de RHC tem acesso liberado aos prontuários do arquivo?() SIM () NÃO

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSO EM
AVALIAÇÃO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE



**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU
DE IMPLANTACÃO**

**ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO REGISTRO
HOSPITALAR DE CÂNCER EM PERNAMBUCO**

Questionário do Coordenador do RHC

DIMENSÃO ESTRUTURA

1. Quantos profissionais compõem a equipe de RHC (incluindo coordenadores e registradores)? Qual a carga horária de cada um deles?

2. A unidade dispõe de comissão assessora disponível para a equipe do RHC?

() SIM () NÃO

3. O RHC possui sala exclusiva? () SIM () NÃO

4. A sala do RHC possui armários para guardar os materiais e fichas? () SIM () NÃO

5. Quantos computadores estão disponíveis para uso exclusivo do RHC (com o SisRHC instalado)? _____

6. Quantas impressoras estão disponíveis para uso exclusivo do RHC? _____

7. Há disponibilidade de fichas de 1º tumor suficiente pra a necessidade do RHC?

() SIM () NÃO

8. Há disponibilidade de fichas de seguimento suficiente pra a necessidade do RHC?

() SIM () NÃO

9. A sala do RHC possui livro de ocorrência para registrar novas condutas e mudanças?

() SIM () NÃO

10. Possui classificação de TNM atualizado disponível para a equipe de RHC? Quantos?

() SIM () NÃO _____

11. Possui classificação CID-O atualizado disponível para a equipe de RHC? Quantos?

() SIM () NÃO _____

12. Possui Instrutivo estadual de preenchimento de fichas do RHC disponível para a equipe de RHC? Quantos? () SIM () NÃO _____

13. Possui Instrutivo Manual INCA do RHC disponível para a equipe de RHC?

() SIM () NÃO

DIMENSÃO PROCESSO:

14. O livro de ocorrência encontra-se atualizado com os registros de condutas e funcionamentos? () SIM () NÃO

15. Há disponibilidade para esclarecer as dúvidas de rotina de trabalho dos registradores? () SIM () NÃO

16. São definidas as atribuições para cada integrante da equipe? () SIM () NÃO

17. Participa das reuniões quadrimestrais estadual de acompanhamento e monitoramento do RHC? Se sim, participou de quantas no ano de 2018? () SIM () NÃO _____

18. Quantas vezes atualizou o questionário do Integrador RHC (INCA) no ano de 2018?

19. Elabora relatórios com os dados do RHC para divulgação interna da unidade?

() SIM () NÃO

Se sim, com qual periodicidade? () mensal () quadrimestral () semestral () anual

20. Divulga relatórios com os dados do RHC para divulgação interna da unidade?

() SIM () NÃO

Se sim, com qual periodicidade? () mensal () quadrimestral () semestral () anual

21. São realizadas tabulações e cálculos das variáveis para conhecimento das que possuem maiores percentuais de incompletudes? () SIM () NÃO

Se sim, com qual periodicidade? () mensal () quadrimestral () semestral () anual

22. São divulgadas as informações dos percentuais de incompletudes das variáveis do RHC para os setores? () SIM () NÃO

Se sim, com qual periodicidade? () mensal () quadrimestral () semestral () anual

23. O RHC participa de reuniões clínicas para sensibilizar o corpo médico da importância do preenchimento com qualidade das informações médicas no prontuário?

() SIM () NÃO

Se sim, com qual periodicidade? () mensal () quadrimestral () semestral () anual

24. O RHC realiza reuniões com a administração (recepção) para sensibilizar os profissionais da importância do preenchimento com qualidade das informações no prontuário? () SIM () NÃO

Se sim, com qual periodicidade? () mensal () quadrimestral () semestral () anual

25. Quantas pessoas da equipe atual foram formados pelo curso de registrador de câncer, fornecido pelo INCA anualmente e, a cada três anos, pela SES de PE?

26. Quantas pessoas da equipe atual participaram do Curso de Excel aplicado para o RHC – 2015? _____

27. Quantas pessoas da equipe atual participaram do Curso de Excel aplicado para o RHC – 2016? _____

28. Quantas pessoas da equipe atual participaram do Curso de Indicadores aplicado ao RHC - 2017? _____

29. Quantas pessoas da equipe atual participaram do Curso de disseminação de Informações aplicado ao RHC - 2018? _____

30. São realizadas atividades de educação permanente para qualificação e atualização da equipe da unidade, treinando-os para a rotina específica da unidade? () SIM () NÃO

Se sim, com qual periodicidade? () mensal () quadrimestral () semestral () anual

31. São realizados treinamentos à equipe de saúde do hospital para uso das classificações que o RHC utiliza (CID-O e TNM)? () SIM () NÃO

Se sim, com qual periodicidade? () mensal () quadrimestral () semestral () anual

32. São realizadas ações de promoção da saúde e prevenção do câncer para usuários, familiares e profissionais, com base nos dados do RHC realizadas na unidade?

() SIM () NÃO

Se sim, com qual periodicidade? () mensal () quadrimestral () semestral () anual

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSO EM
AVALIAÇÃO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE



**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU
DE IMPLANTAÇÃO**

**ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO REGISTRO
HOSPITALAR DE CÂNCER EM PERNAMBUCO**

Questionário do Registrador do RHC

1. A busca de prontuários para preenchimento da ficha de primeiro tumor ocorre por rotina estabelecida? ()SIM ()NÃO

2. A busca de prontuários para preenchimento da ficha de seguimento ocorre por rotina estabelecida? ()SIM ()NÃO

3. A busca ativa de informações que não estão no prontuário ocorre por rotina estabelecida nos setores e com os profissionais da unidade?

()SIM ()PARCIALMENTE ()NÃO

4. A comissão assessora esclarece as dúvidas e inconsistências da equipe?

()SIM ()PARCIALMENTE ()NÃO

5. As fichas preenchidas são validadas pelo coordenador do RHC?

()SIM ()PARCIALMENTE ()NÃO

6. As fichas são preenchidas e digitadas pelos registradores rotineiramente?

()SIM ()NÃO

7. Quantas vezes a base de dados é enviada ao INCA pelo integrador RHC no ano?

APÊNDICE C: MATRIZ DE ANÁLISE DO CONTEXTO POLÍTICO E ESTRUTURAL

QUESTÃO NORTEADORA	CATEGORIA	CRITÉRIOS
Quais as características da estrutura fornecida para a rotina do RHC?	Estrutura ambiental	Localização da Sala
		Conservação da sala
	Equipamentos	Qualidade dos equipamentos
		Manutenção dos equipamentos
Como acontece o apoio da gestão (nacional, estadual e hospitalar) com o setor do RHC?	Suporte gerencial	Acompanhamento da gestão nacional (INCA) e estadual (SES-PE) ao RHC
		Conhecimento da gestão hospitalar sobre o RHC
		Envolvimento e apoio da gestão hospitalar às ações do RHC
	Suporte estrutural	Suporte técnico ao SisRHC pela SES-PE e pelo INCA
Como são as relações interpessoais no processo de trabalho do RHC?	Relações Interpessoais	Relacionamento entre os atores da equipe RHC
		Relacionamento entre os atores da equipe RHC e a gestão hospitalar
		Relacionamento entre os atores da equipe RHC e os setores parceiros
Quais as características da equipe que compõe o RHC?	Níveis de especialização profissional	Capacidade técnica dos profissionais da equipe do RHC
	Permanência da equipe	Rotatividade dos profissionais
Como acontecem as ações de promoção da saúde e prevenção do câncer na unidade?	Intersetorialidade	Participação dos demais setores da unidade
		Divulgação da ação na unidade
	Resultados da ação	Percepção dos profissionais quanto à integração e benefícios dos participantes da ação

APÊNDICE D: ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ANÁLISE DO CONTEXTO POLÍTICO E ESTRUTURAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ANÁLISE DO CONTEXTO POLÍTICO ESTRUTURAL

1. Quais as características da estrutura fornecida para a rotina do RHC?
 - i. Estrutura ambiental (localização da sala, conservação da sala...)
 - ii. Equipamentos (quantidade e qualidade dos equipamentos, manutenção dos equipamentos...)

2. Como acontece o apoio da gestão (nacional, estadual e hospitalar) com o setor do RHC?
 - i. Suporte gerencial (acompanhamento da gestão nacional – INCA – e da gestão estadual – SES/PE; conhecimento, envolvimento e apoio da gestão hospitalar sobre o RHC)
 - ii. Suporte estrutural (suporte técnico ao SisRHC pela SES/PE e pelo INCA, condições ambientais para o funcionamento adequado do RHC)

3. Como são as relações interpessoais no processo de trabalho do RHC?
 - i. Relações interpessoais (entre os atores da equipe do RHC/ Entre equipe do RHC e Gestão hospitalar/ Entre equipe RHC e outros setores parceiros da unidade)

4. Quais as características da equipe que compõe o RHC?
 - i. Níveis de especialização profissional (capacidade técnica dos profissionais da equipe)
 - ii. Permanência da equipe (rotatividade dos profissionais)

5. Como acontecem as ações de promoção da saúde e prevenção do câncer na unidade?
 - i. Intersetorialidade (participação dos demais setores da unidade, divulgação da ação na unidade)
 - ii. Resultado da ação (percepção dos profissionais quanto à integração e benefícios dos participantes da ação)

APÊNDICE E: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Análise de Implantação dos Registros Hospitalares de Câncer de Pernambuco

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque é um profissional desta instituição. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma do pesquisador responsável e outra do participante da pesquisa), caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Os objetivos do estudo são verificar o grau de implantação das unidades com RHC e analisar o contexto organizacional das que obtiverem o maior e menor grau, para assim descrever a influência do contexto no grau. A pesquisa tem como finalidade qualificar o RHC, buscando o alcance dos seus objetivos.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Serão realizadas, no primeiro momento, entrevistas com questionário estruturado para a obtenção do grau de implantação do registro hospitalar de câncer, e, posteriormente, entrevistas com roteiro elaborado para coleta de informações a respeito do contexto político organizacional desse mesmo registro, a partir da matriz do contexto.

As entrevistas serão realizadas com profissionais da unidade de saúde que estão envolvidos no processo de trabalho do RHC e serão gravadas e transcritas, para análise das informações.

BENEFÍCIOS

A partir da contribuição com as informações colhidas na entrevista, o projeto visa qualificar o setor do RHC, beneficiando, conseqüentemente, todos os profissionais envolvidos no seu processo de trabalho.

RISCOS

Este projeto, por não se tratar de um estudo experimental, não apresenta riscos de integridade física dos participantes. O risco existente é de constrangimento no momento da entrevista (se não conhecer o assunto) ou em virtude dos possíveis resultados da avaliação (se mostra um caráter negativo do RHC).

CUSTOS

Não haverá nenhum tipo de custo ou remuneração pelas informações fornecidas

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações declaradas serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

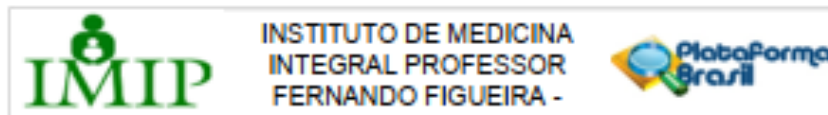
PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para Luciana Caroline Albuquerque Bezerra, no telefone (81) 3184-0183 de 08:00 às 17:00 horas, ou no e-mail rhc.sespe@gmail.com. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER EM PERNAMBUCO

Pesquisador: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE BEZERRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14481019.8.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.388.595

Apresentação do Projeto:

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são consideradas um problema de saúde pública com grande ameaça para a economia e sociedade. Dentro desse cenário, o câncer vem crescendo em número e importância no perfil epidemiológico mundial e nacional. Esse quadro evidenciou a necessidade do aprimoramento da vigilância em saúde para o câncer, que busca conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessa doença. No Brasil, existem referências merórias da vigilância do câncer desde 1937, mas só em 1983 que se instituiu o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), que constitui em uma fonte de coleta de informações que reúne dados dos pacientes com diagnóstico de câncer. Para garantir que os objetivos do RHC sejam alcançados, é necessário que o registro esteja implantado com boa cobertura e com dados consistentes e oportunos e, para verificar essa implantação do RHC, uma excelente ferramenta é a avaliação, que se conceitua como "coleta sistemática de informações sobre as atividades, as características e os resultados de uma intervenção, a fim de emitir julgamento sobre elas, melhorar sua eficácia e esclarecer as decisões relacionadas a novas intervenções". Com base nesse cenário, o estudo tem como objetivo analisar a implantação do RHC no estado de Pernambuco, por meio da estimativa do grau de implantação (GI) das unidades em funcionamento e da influência exercida pelos elementos contextuais, estruturais e políticos neste grau em duas unidades do estado, a de maior e menor GI. Para a obtenção do GI, foi construído inicialmente o modelo teórico-lógico do RHC em Pernambuco e, posteriormente, a matriz de análise e julgamento. Com base nessa matriz, será construído e

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-002
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4780 E-mail: comitedetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação de Parecer 3.386.008

aplicado o questionário para obtenção do GI em cada uma das unidades incluídas na pesquisa. Para análise do contexto organizacional, será utilizado como referência o modelo político e contingente de Denis e Champagne, a partir do qual será elaborado o roteiro para entrevista com informantes-chaves. O GI será julgado como: não implantado (25,0%), implantado de forma incipiente (25,1% a 50,0%), parcialmente implantado (50,1% a 75,0%) e implantado (75,0%). E para o contexto, a análise será por meio da técnica qualitativa de interpretação dos sentidos, com a perspectiva hermenêutica associada à perspectiva dialética. O projeto será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e as entrevistas serão realizadas após a leitura e assinatura Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a implantação do Registro Hospitalar de Câncer no estado de Pernambuco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Devidamente avaliados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de mestrado em avaliação em saúde realizada nos centros de registro de câncer estaduais. Factual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes e adequados.

Recomendações:

Explicar a sigla pela primeira vez que aparece no TCLE (RHC).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado. Acatar recomendação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1307736.pdf	24/05/2019 19:35:29		Aceito
Outros	anuencia_imp.pdf	24/05/2019 19:34:38	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
TCLE / Termos de	termo_tcle.doc	24/05/2019	LUCIANA	Aceito

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista CEP: 50.076-960
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4762 E-mail: comitedetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação de Parecer 3.386.008

Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_tde.doc	19:33:55	ALBUQUERQUE BEZERRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Institucional	projeto.doc	24/05/2019 19:33:44	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	23/04/2019 21:04:04	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	dedicacao_alpmp.png	19/04/2019 01:40:11	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	curriculo_marcela.pdf	19/04/2019 01:33:33	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	curriculo_culmira.pdf	19/04/2019 01:33:16	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	curriculo_emmanuelly.pdf	19/04/2019 01:32:52	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	curriculo_luciana.pdf	19/04/2019 01:29:09	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	matriz_conteudo.docx	06/04/2019 14:04:58	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	matriz_analise_julgamento.docx	06/04/2019 14:03:25	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	modelo_logico.docx	06/04/2019 14:01:00	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Orçamento	Orçamento.docx	06/04/2019 11:37:45	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	06/04/2019 11:25:54	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Folha de Rosto	Rostoassinada.pdf	06/04/2019 11:01:15	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-900
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4762 E-mail: comitmedica@imp.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Contribuição de Parecer: 3.386.008

Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_tds.doc	19:33:55	ALBUQUERQUE BEZERRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	24/05/2019 19:33:44	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	carta_ausencia.pdf	23/04/2019 21:04:04	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	declaracao_sigap.png	19/04/2019 01:40:11	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	curriculo_marcia.pdf	19/04/2019 01:33:33	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	curriculo_culmira.pdf	19/04/2019 01:33:16	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	curriculo_emmanuelly.pdf	19/04/2019 01:32:52	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	curriculo_luciana.pdf	19/04/2019 01:29:09	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	matriz_conteudo.docx	06/04/2019 14:04:58	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	matriz_analise_julgamento.docx	06/04/2019 14:03:25	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	modelo_logico.docx	06/04/2019 14:01:00	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Orçamento	Orçamento.docx	06/04/2019 11:37:45	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	06/04/2019 11:25:54	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito
Folha de Rosto	Rostoassinada.pdf	06/04/2019 11:01:15	LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-960
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4780 E-mail: comitedeetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Certificação de Formas 3.366.00

Não

RECIFE, 12 de Junho de 2019

Assinado por:

Lygia Carmen de Moraes Vanderlei
(Coordenador(a))

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-602
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4762 E-mail: comidomatica@imip.org.br