

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**VIVÊNCIA COM TRABALHADORES DA SAÚDE DE
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SOBRE O
REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER:
IMPLICAÇÕES PARA A INTEGRALIDADE DO
CUIDADO**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Andressa Guimarães Machado

Santa Maria, RS, Brasil

2014

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**VIVÊNCIA COM TRABALHADORES DA SAÚDE DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SOBRE O REGISTRO HOSPITALAR
DE CÂNCER: IMPLICAÇÕES PARA A INTEGRALIDADE DO
CUIDADO**

elaborado por

Andressa Guimarães Machado

Orientado e Co-orientado por

Prof^a. D^{ra}. Elenir Fedosse

Enf^a. M^a. Priscila de Oliveira Bolzan Bonadiman

como requisito parcial para obtenção do grau de

**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde,
ênfase hemato-oncologia**

Comissão Examinadora:

D^{ra}. Elenir Fedosse
(UFSM)-Presidente

M^a Denise Pasqual
Schmidt (UFSM)

D^{ra}. Sandra Márcia
Soares Schmidt (UFSM)

Santa Maria, 03 de março de 2014.

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Especialização
Curso de Pós-Graduação Programa de Residência Multiprofissional Integrada
em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de
Concentração Hematologia-Oncologia
Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil

VIVÊNCIA COM TRABALHADORES DA SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SOBRE O REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER: IMPLICAÇÕES PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO

AUTOR: Andressa Guimarães Machado
ORIENTADORA: Prof^ª. D^{ra}. Elenir Fedosse
CO-ORIENTADORA: Enf^ª. M^a. Priscila de Oliveira Bolzan Bonadiman
Data e Local da Defesa: Santa Maria, 19 de março de 2014.

Introdução: Para promover o cuidado integral ao usuário com câncer é necessário integrar assistência, prevenção, ensino e pesquisa. O Registro Hospitalar de Câncer baseia-se na coleta, estruturação e análise de dados referentes ao perfil sócio-demográfico, epidemiológico e clínico dos usuários. Com essas informações, é possível planejar atividades em saúde com vistas a construir um cuidado integral, singular e de qualidade. **Objetivo:** Relatar a vivência de intervenção realizada com trabalhadores responsáveis pelo primeiro cadastro de usuários no Hospital Universitário de Santa Maria/RS, realçando a importância do registro completo e fidedigno das variáveis sócio-demográficas. **Método:** Ocorreu na forma de palestra dialogada, elaborada a partir da coleta e análise dos resultados de um projeto de pesquisa “Perfil do câncer em uma unidade de assistência de alta complexidade em oncologia: um estudo a partir do sistema de registros hospitalares de câncer” – que utilizou dados secundários, pertencentes ao Registro Hospitalar de Câncer do referido hospital, relativos ao período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011. **Resultados:** Da análise do estudo diagnóstico foram identificados, ausência e comprometimento da qualidade de informações fundamentais para o delineamento do perfil sociodemográfico, fato que prejudica o planejamento de ações preventivas relacionadas ao câncer. Participaram do encontro doze trabalhadores, discutindo-se a importância das variáveis - raça/cor da pele, procedência, ocupação e escolaridade para se praticar a integralidade do cuidado. Identificou-se a falta de conhecimento sobre a relevância e a funcionalidade do Registro Hospitalar de Câncer, a incompatibilidade de sistemas de informação usados no hospital e a consequente fragmentação do trabalho. **Conclusão:** Para se cuidar com primazia é preciso entender o ser humano em sua integralidade, articulando e integrando as profissões. A proposta foi instigar o pensar saúde, reconstruindo práticas. Evidencia-se a importância dos Registros Hospitalares de Câncer na definição do perfil dos usuários com câncer a partir da produção de dados legítimos. É conveniente a conversa constante entre os trabalhadores cumprindo-se os preceitos do SUS, usando-se efetivamente da educação permanente, além de aprimorar o uso dos sistemas de informações.

Palavras chaves: Registro Hospitalar de Câncer. Perfil de saúde. Cuidado integral. Trabalhadores de saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS

AGHU - Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CLT – Consolidação das leis trabalhistas

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DEPE - Direção de Ensino Pesquisa e Extensão

FRT – Ficha de Registro de Tumor

HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional de Câncer

MS – Ministério da saúde

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego

OMS - Organização Mundial de Saúde

RHC – Registro Hospitalar de Câncer

SIPAC - Sistema de Informação de Procedimentos de Alta Complexidade

SisRHC – Sistema de Registros Hospitalares de Câncer

SUS - Sistema Único de Saúde

UNACON - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	5
2.MÉTODO.....	7
3.RESULTADOS E DISCUSSÃO DA VIVÊNCIA.....	9
3.1 Variáveis sócio-demográficas e suas implicações para a integralidade do cuidado: raça/cor da pele, procedência, ocupação e escolaridade	10
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17

1 INTRODUÇÃO

As transformações sócio-econômicas, ocorridas nos últimos anos, causaram importantes mudanças no perfil de saúde da população. Atualmente, as doenças oncológicas são abordadas enquanto doenças crônicas - não transmissíveis - e como um problema de saúde pública mundial, assumindo lugar de destaque devido ao aumento de sua incidência, morbidade e mortalidade (SILVA et al, 2013).

O Instituto Nacional de Câncer José Gomes Alencar da Silva (INCA) estima cerca de 580 mil casos novos da doença para 2014. Os cânceres mais incidentes na população brasileira para o próximo ano serão: pele não melanoma (182 mil), próstata (69 mil), mama (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil) e estômago (20 mil) (INCA, 2013).

Nos homens, o câncer de próstata será o mais incidente em todas as regiões do país, sendo a região Sul a mais afetada, com 91 casos a cada 100 mil habitantes (INCA, 2013). Para o mesmo ano, o câncer de mama será o tipo mais frequente nas mulheres, em todas as regiões do país, com exceção da região Norte, onde é o segundo mais incidente. Para a região Sul estimasse 71 casos de câncer de mama a cada 100 mil habitantes (INCA, 2013).

A cada ano, o câncer provoca cerca de oito milhões de mortes no mundo, sendo um terço de mortes evitáveis (INCA, 2013). No Brasil, o INCA, articulado com a gestão das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), instituiu nacionalmente a Rede de Atenção Oncológica, com o objetivo de integrar assistência, prevenção, ensino, pesquisa, e promover a qualidade do cuidado integral ao usuário com câncer (CAVALINI et al, 2012).

Diante disso, o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) ganha relevância, dada a sua capacidade de prover subsídios por meio do uso de informações coletadas por instrumentos padronizados (CAVALINI et al, 2012). Os RHC são fontes de informações de dados referentes aos casos de câncer e baseia-se na coleta, estruturação e análise de informações referentes ao perfil sócio-demográfico, epidemiológico e clínico dos usuários tratados nos hospitais.

Com a implantação e manutenção adequada de um RHC, pode-se avaliar a qualidade assistencial e criar uma base de dados hospitalares para traçar o perfil dos usuários oncológicos e, a partir dessas informações, é possível elaborar atividades relacionadas à vigilância e planejamento de atenção à saúde, com medidas preventivas e terapêuticas eficientes (CAVALINI et al, 2012).

O RHC brasileiro foi implantado no ano de 1983 e, desde 1993, o seu funcionamento é amparado por base legal. A portaria nº 171, do Ministério da Saúde (MS), classificou os hospitais de atendimento oncológico do Sistema Único de Saúde (SUS) no Sistema de Informação de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC), considerando obrigatória a existência de RHC para melhorar a qualidade da informação hospitalar (INCA, 2010).

Neste contexto, insere-se o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), classificado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), por apresentar estrutura hospitalar de alta complexidade para o diagnóstico e tratamento de câncer. O RHC/HUSM apresenta em sua composição um trabalhador, graduada em saúde e capacitada pelo INCA, e os demais membros da equipe estudantes bolsistas da UFSM.

Esta equipe é responsável por captar as informações provenientes dos prontuários dos usuários do HUSM e lançar no Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC). São dados que proveem de todos os profissionais de saúde que assistem ao usuário durante seu percurso na linha de cuidado oncológica: desde o primeiro contato na recepção do hospital, passando pelo registro hospitalar com trabalhadores administrativos, até o cuidado especializado, prestado pela equipe multidisciplinar de saúde.

Nesse sentido, entende-se o cuidado nas organizações de saúde como necessariamente multidisciplinar, isto é, dependente da conjugação do trabalho de vários profissionais (CECILIO; MERHY, 2003). Assim, todos os trabalhadores de saúde são responsáveis pela clínica cuidadora e operam práticas sanitárias, independentemente do recorte profissional (MERHY, 2002).

Acredita-se que a lógica da integralidade do cuidado deve permear todo o campo das organizações dos serviços de saúde do SUS, sendo concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2010). Assim, para a resolubilidade das ações de saúde e qualidade do processo de cuidar, é preciso articular os mais diferentes saberes, com vistas a construir um cuidado integral, singular e de qualidade aos usuários com câncer.

A partir desses pressupostos, o objetivo deste trabalho é relatar uma vivência de intervenção realizada com trabalhadores responsáveis pelo primeiro registro dos usuários com câncer no HUSM, que discutiu a importância do registro completo e fidedigno das variáveis sócio-demográficas de cada usuário. Essa vivência ocorreu na forma de palestra dialogada, partindo-se de um projeto de pesquisa que identificou o perfil dos usuários do HUSM com diagnóstico de câncer, registrados no SisRHC do referido hospital.

2 MÉTODO

O presente artigo, de abordagem qualitativa, caracteriza-se como uma estratégia de intervenção originária da análise de dados de uma pesquisa, intitulada “Perfil do câncer em uma unidade de assistência de alta complexidade em oncologia: um estudo a partir do sistema de registros hospitalares de câncer”. Ambas ações – pesquisa e intervenção - respondem à proposta pedagógica do Programa de Residência Multiprofissional Integrada Em Sistema Público De Saúde – UFSM, que deve culminar em Trabalho de Conclusão do referido programa, cujos autores são residentes e seus respectivos orientadores (tutores e/ou preceptores de campo e/ou de núcleo).

Utilizou-se de dados secundários, a partir do SisRHC/HUSM, referentes ao período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011. O período de coleta das informações foi definido em função da existência de um funcionário do HUSM qualificado pelo INCA para sistematização das informações do RHC. Logo, a prioridade da pesquisa foi a busca por dados de qualidade.

Convém dizer que o desenvolvimento da referida pesquisa proporcionou a elaboração de três trabalhos científicos. O primeiro traçou o perfil sóciodemográfico, o segundo descreveu os fatores de risco sociais e biológicos e o terceiro caracterizou o perfil da assistência aos usuários com câncer atendidos no HUSM entre 2010 e 2011.

Dessa maneira, foi possível perceber, com a análise dos dados e por meio de constante diálogo com a profissional responsável pela coleta de dados para o SisRHC, a ausência de dados importantes e o comprometimento da qualidade de muitas informações em prontuários, dentre as quais, as variáveis fundamentais para delineamento do perfil sociodemográfico (raça/cor da pele; procedência; ocupação; grau de instrução).

Frequentemente, esses dados são encontrados como “sem informação” ou incompletos, ocasionando prejuízos, a médio e longo prazo, do cuidado terapêutico e preventivo, rompendo com a lógica da integralidade do cuidado. Diante disso, planejou-se uma intervenção em forma de palestra dialogada direcionada aos trabalhadores responsáveis pelo cadastro inicial e pela atualização das informações sócio-demográficas no prontuário dos usuários. Tal trabalho é, atualmente, realizado por trabalhadores terceirizados, contratados em regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Convém esclarecer que o RHC/HUSM realiza coleta sistematizada de dados, através de uma Ficha de Registro de Tumor (FRT), que é o instrumento padronizado dos RHC

nacionais; nela constam dados relacionados com as características pessoais, sócio-demográficas, de diagnóstico, tratamento e evolução dos usuários do serviço com câncer, atendidos no hospital. No entanto, atualmente, as principais fontes de informações para alimentar o SisRHC/HUSM são os prontuários hospitalares e o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) - sistema recentemente utilizado pelo HUSM para cadastro dos usuários no hospital, de tal modo que os dados pesquisados, originários desta intervenção, pertencem a anos anteriores à implantação desse sistema. Ressalta-se, no entanto, que isso não interferiu na pesquisa e na intervenção, pois mesmo com a implantação de novos sistemas operacionais, as problemáticas apontadas ainda são evidenciadas e possuem as mesmas características, segundo os trabalhadores envolvidos (cadastro inicial e do SisRHC).

A elaboração da intervenção foi dividida em etapas, a saber:

- 1) Análise e coleta dos dados nos prontuários;
- 2) Análise dos dados do estudo inicial;
- 3) Discussão dos dados com a equipe pertencente ao RHC/HUSM;
- 4) Discussão dos dados com os trabalhadores responsáveis pelo primeiro registro do usuário no hospital;
- 5) Sensibilização das chefias responsáveis pelos trabalhadores participantes da proposta de intervenção;
- 6) Intervenção com os trabalhadores.

Para a realização da intervenção foram pré-agendados dois encontros, com diferentes profissionais, para exposição e discussão das variáveis oriundas do estudo diagnóstico. Inicialmente, foi apresentado o estudo e os dados encontrados. Em um segundo momento, foi discutida a relevância dessas informações para o cuidado integral aos sujeitos com câncer. Por último, os trabalhadores se colocaram por meio de relatos de suas vivências e experiências, possibilitando a discussão e a definição de novas estratégias que podem favorecer a qualidade do serviço por eles prestado.

A data, o horário e a disponibilidade dos trabalhadores foram acordados anteriormente com suas respectivas chefias. Todas as informações colhidas foram minuciosamente anotadas em um diário de campo.

Cabe salientar que a pesquisa foi construída de acordo com a Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e aprovado pela Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) do HUSM, sob a inscrição: 108/20/3 e pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFSM (número de protocolo CAAE 21509613.4.0000.5346).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA VIVÊNCIA

Fizeram parte da dinâmica de intervenção, doze trabalhadores da saúde. Esses trabalhadores compõem um grupo heterogêneo que atua em diferentes portas de entrada do hospital, além da secretaria das Unidades de Internação. Eles são responsáveis pelo cadastro inicial de dados sócio-demográficos dos usuários que utilizam os serviços do HUSM, bem como pela constante atualização e completude dos mesmos.

A análise dos dados implicou na necessidade de compreender melhor o objeto de investigação, ou seja, envolver os trabalhadores na discussão da (re)significação dos dados produzidos. Para tanto, elaborou-se um material ilustrativo dos resultados da pesquisa acima referida, por meio de recurso áudio visual, (re)afirmando a relevância de todos os trabalhadores da unidade hospitalar na produção do cuidado integral e singular.

Partiu-se, também, do pressuposto que seria importante mostrar as variáveis que o estudo inicial indicou como faltantes e/ou incompletas e, a partir disso, relacioná-las com o contexto geral de saúde da sociedade. Pretendeu-se, sobretudo, escutar as angústias e as limitações enfrentadas por esses trabalhadores no dia-a-dia de trabalho para, finalmente, reafirmar a importância do trabalho de cada um para se alcançar a integralidade do cuidado em saúde, ainda que diante de adversidades.

Constatou-se durante a apresentação dos resultados da pesquisa que os trabalhadores não conheciam o RHC, nem sua função e localização no HUSM. Dessa forma, foi necessário apresentá-lo, identificando a sua importância dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste momento, utilizou-se de material elaborado embasado no manual - “Registros Hospitalares de Câncer: Planejamento e Gestão” - elaborado pelo INCA.

De maneira geral, pôde-se evidenciar a persistência de um olhar fragmentado desses trabalhadores a respeito do resultado final de seu trabalho, visto que visualizam apenas sua própria produção, sem relacioná-la ao restante dos cuidados prestados aos usuários na Instituição Hospitalar. Diante disso, foi preciso trabalhar os dados por eles produzidos e

demonstrar sua associação com medidas de planejamento e gestão em saúde, refletidos na prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários com câncer, mostrando, assim, a participação que estes trabalhadores exercem dentro da linha de cuidado oncológica.

Apresenta-se, a seguir, os conteúdos e justificativas da vivência com os referidos trabalhadores, relacionando a importância de cada variável para a integralidade do cuidado em saúde: raça/cor da pele, procedência, ocupação e escolaridade.

3.1 Variáveis sócio-demográficas e suas implicações para a integralidade do cuidado: raça/cor da pele, procedência, ocupação e escolaridade

As variáveis sócio-demográficas são fundamentais para a implementação de medidas de planejamento em saúde, na medida em que expressam: faixa etária, gênero, raça, escolaridade, procedência, entre outros. Dessa forma, são informações com poder de caracterizar o perfil completo de uma população e, conseqüentemente, fundamentais para o planejamento em saúde.

O câncer, enquanto problema de saúde pública, demanda assistência dispendiosa em saúde, logo, faz-se imprescindível a busca por informações fidedignas sobre sua incidência na população atendida para que se possa elaborar e implantar políticas públicas que visem a redução de danos, gastos e taxas de mortalidade (RODRIGUES; FERREIRA, 2010).

Diante disso, comprova-se o quanto a manutenção adequada de um SisRHC auxilia no processo de planejamento e gestão, visto que todos os casos de câncer cadastrados pelo RHC são incluídos em um relatório e utilizados para obter o perfil da população assistida na Instituição, além dos recursos utilizados e a efetividade dos tratamentos oferecidos por ela e pelo SUS (INCA, 2010).

A variável raça/cor da pele é utilizada pelo RHC segundo atributos adotados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) desde o censo populacional de 2000 (INCA, 2010). As categorias para definição da raça/cor são: branca, preta, amarela, parda (mulatos, mestiços, cafuzos, caboclos, mamelucos), indígena e sem informação (INCA, 2010).

O preenchimento desse campo deve respeitar o critério de autodeclaração do usuário, dentro dos padrões utilizados pelo IBGE, no momento da realização do seu registro no hospital, por formulação de pergunta direta pelo trabalhador responsável por esse cadastro inicial (SILVA et al, 2013). A autodeclaração é importante, pois confere legitimidade à afirmação que parte do próprio indivíduo, já que é o momento em que ele expressa a subjetividade de sua construção social e relacional.

Ressalta-se que esta variável está sendo preenchida, visto que é um critério obrigatório do AGHU (atual sistema de dados cadastrais no HUSM); porém, identificou-se que é preenchida conforme a concepção do trabalhador que alegou que o questionamento direto ao usuário sobre sua raça/cor da pele não é realizado, na maioria das vezes, devido ao receio do trabalhador em realizar a pergunta. Houve relato de que há usuários que se ofendem com a pergunta e que, por isso, agridem oralmente o trabalhador. Procurando evitar tal situação, eles mesmos atribuem a classificação. Também houve relato de que alguns trabalhadores se sentem constrangidos com este tipo de pergunta.

Em consonância com o presente estudo, pesquisa realizada no Espírito Santo (ES) aponta essa mesma problemática de não questionar o paciente sobre a sua raça/cor da pele (SILVA et al, 2013). Ainda, em outro estudo foi identificado a variável raça como “sem informação” em 36,3% dos casos. Evidenciam-se, assim, falhas importantes de informações que se constituem em referenciais para identificação do perfil de doenças prevalentes e, conseqüentemente, prejudicam a integralidade do cuidado em saúde (THULER; BERGMAANN; CASADO, 2012). E, considerando tais situações, destacamos, durante a intervenção, a importância da comunicação em saúde. Concluímos que há um modo particularmente interessante de introduzir questões subjetivas, como as acima referidas, anunciando ao usuário que o sistema pede a informação e que ele (o trabalhador) deve sempre registrar o ponto de vista do usuário e não o dele.

A variável procedência também é importante por possibilitar, a qualquer tempo, localizar os sujeitos para fins de seguimento. Logo, deve-se anotar o endereço completo do usuário, sem abreviaturas ou supressão de partes do endereço (INCA, 2010).

Para registro dessa variável no HUSM, é solicitado o comprovante de residência do usuário, contudo, foram observados alguns problemas. Foi relatado que muitas vezes, os usuários, por não estarem orientados sobre essa exigência, fornecem endereços de parentes ou amigos, tornando esses dados imprecisos, dificultando encontrar o usuário e/ou desvirtuando a identificação geográfica da prevalência de determinadas neoplasias.

Agravante neste caso é que, se por um lado, os usuários têm tendência a declarar locais de moradias não fidedignos, por outro lado, os trabalhadores responsáveis pela coleta, muitas vezes, não estão esclarecidos/capacitados acerca da importância em garantir a qualidade da informação (ARREGI, 2000).

Assim, a ausência de informações corretas acerca da procedência implica, para além de informações errôneas na designação do perfil populacional, em não conseguir acessar o usuário na necessidade de realizar busca ativa, o que fere novamente a integralidade do cuidado.

A variável ocupação, no contexto do RHC, é abordada como a atividade na qual a pessoa trabalhou nos últimos anos. Sendo assim, é relevante no momento, pois possibilita a associação de neoplasias a exposições relacionadas ao trabalho, já que tumores de várias localizações têm sido associados a causas ocupacionais (INCA, 2010).

Para codificar as profissões, o SisRHC utiliza os códigos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) – no nível de agregação de três dígitos – e que foi adotada pelo IBGE, no Censo Populacional de 1980 (INCA, 2010).

Porém, é preciso atentar para que o trabalhador do registro responsável pelo preenchimento desta variável seja alertado para obter a informação que retrate a ocupação preponderante do usuário. No HUSM, essa informação não é um item obrigatório no preenchimento dos dados do usuário no sistema informatizado (AGHU) que se utiliza atualmente, por este motivo, o mesmo é frequentemente ignorado. Aqui, mais uma vez, uma falha que compromete a epidemiologia e a integralidade do cuidado em saúde.

A pesquisa que originou a presente intervenção apontou o item “sem informação” em um número considerável no que se refere à variável ocupação: 93% dos casos de câncer de colo e dos cânceres hematológicos, 70% dos de próstata e de pele e 86% dos de mama.

Estudo realizado no Instituto do Câncer do Ceará também identificou falhas no preenchimento das informações sócio-demográficas e afirma que a coleta dessa informação se apresenta deficiente, especialmente pela falta de treinamento dos trabalhadores responsáveis pelo cadastro dos usuários (ARREGI, 2000).

A variável escolaridade, termo assim adotado no RHC, é utilizada na tentativa de inferir a situação socioeconômica dos usuários em situações de ausência de um dado confiável que possa, por exemplo, avaliar a renda média familiar (INCA, 2010). As categorias utilizadas para definir grau de escolaridade são baseadas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação, adotando-se as seguintes categorias: nenhuma, fundamental incompleto, fundamental

completo, nível médio, nível superior incompleto, nível superior completo e sem informação (INCA, 2010).

Na presente intervenção, identificou-se que a informação acerca da escolaridade do usuário é, muitas vezes, fornecida por familiares, os quais desconhecem ou não tem certeza sobre os anos de estudo do usuário. Diante disso, os trabalhadores responsáveis por essa coleta tendem a registrar dados que não condizem com a realidade/não fidedignos.

Da mesma forma que as demais variáveis trabalhadas nesta intervenção, a escolaridade também foi reforçada enquanto informação importante, de maneira a incentivar a busca pelo dado correto, ainda que em um momento posterior, com o familiar ou com o próprio usuário. Problematizou-se essa questão no sentido de demonstrar que, muitas vezes, os anos de escolaridade refletem desigualdades nas condições de vida, e acabam associando-se a diferentes prevalências de doenças crônicas (HERR et al, 2013).

Estudo realizado com pacientes com câncer de colo de útero no Brasil demonstrou falhas na coleta da variável escolaridade, já que a mesma foi classificada como “sem informação” em 27% dos casos (THULER; BERGMANN; CASADO, 2012). O estudo chama a atenção ao apontar que, entre os dados obtidos, 70% das pacientes tinham baixa escolaridade (fundamental incompleto ou menos).

Corroborando, no sentido da associação entre escolaridade e prevalência de doenças, o estudo de Pinheiro et al (2013), sobre câncer de mama em mulheres jovens, demonstrou que o baixo nível de escolaridade pode influenciar negativamente na realização de medidas preventivas do câncer de mama e, conseqüentemente, na detecção precoce do tumor. O grau de instrução baixo dificulta a aquisição de informações importantes sobre prevenção e detecção precoce de doenças, além de estar relacionado com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde (SILVA et al, 2013).

Diante do exposto, reafirma-se que conhecer a situação epidemiológica do câncer no Brasil é medida importante para prevenção, detecção clínica precoce e tratamento adequado, o que evidencia sua relevância no âmbito da saúde pública. Contudo, para tanto é fundamental a utilização de recursos diagnósticos, terapêuticos e de informação cada vez mais complexos (THULER; BERGMANN; CASADO, 2012). Reafirma-se, também, que o aprimoramento dos critérios nos sistemas de informação da saúde é de responsabilidade de trabalhadores e gestores (ARAÚJO et al, 2010).

Destaca-se a importância da coleta de dados precisos e de qualidade sobre o perfil dos usuários do SUS, para planejamento de ações que propiciem a implantação de políticas públicas que levem à realização de ações efetivas de prevenção e detecção precoce

(RODRIGUES; FERREIRA, 2010), e que visualizem os sujeitos na sua singularidade, propiciando um cuidado integral.

Entende-se que a integralidade deva ser pensada como um processo que envolva uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar para o cuidado à saúde. A garantia de integralidade pressupõe o estabelecimento de ações que permitam a ligação entre os diferentes serviços ofertados à população, em seus diversos níveis de atenção à saúde (SOARES et al, 2011).

Consideramos que, desde o momento da inserção do usuário na instituição hospitalar até o registro dos seus dados no RHC - através da análise de prontuários - todas as ações constituem-se parte desse sistema de saúde, e é preciso garantir, por meio de apoio técnico, logístico e de gestão, a integralidade do cuidado. Conforme o nosso estudo inicial, o qual nos possibilitou um diagnóstico situacional do RHC, esses mecanismos de cuidado atuam de forma isolada e não integrada, indo contra a idéia de rede no trabalho em saúde e os princípios e diretrizes do SUS.

Essa lógica de produção do cuidado, quando não articula os vários profissionais envolvidos nas práticas cotidianas, compromete a integralidade e o atendimento das necessidades dos sujeitos. Uma das dificuldades do processo gerencial do hospital é conseguir coordenar este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos individuais, que resulte em uma dada coordenação do cuidado (MERHY; CECILIO, 2002).

Assim, pensar a gestão de um hospital é, antes de qualquer coisa, tentar estabelecer ações para o fortalecimento de estratégias de promoção e prevenção e o atendimento ao princípio da integralidade do cuidado. Nesse sentido, a integralidade configura-se como o fio condutor da organização dos serviços e da educação permanente dos trabalhadores de saúde (SOARES et al, 2011) .

Por essa lógica, a articulação de educação e trabalho deve orientar não apenas com a qualidade assistencial, mas conjugar as necessidades da população em direção ao aperfeiçoamento do SUS. Nessa perspectiva, de Educação Permanente em Saúde, deve-se buscar refletir acerca da formação de trabalhadores, em todos os níveis de atenção e com todos os atores envolvidos, sobre o enfrentamento do câncer, em direção a uma atenção oncológica integral e de qualidade (VICENT, 2007).

Diante disso, visualiza-se a importância de trabalhadores qualificados , a partir de eventos de capacitação adequados e constantes, para a coleta de informações de qualidade sobre os usuários dos serviços, fato que contribui para se atingir a integralidade, com

complementaridade e interdependência das ações, o que equivale dizer: garantia de um cuidado resolutivo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para exercer o cuidado em saúde com excelência é preciso o entendimento do ser humano em sua integralidade. Diante disso é fundamental articular as profissões que compõem a equipe de saúde em prol da realização de um cuidado qualificado e singular.

Evidencia-se assim, a importância dos RHC, pela sua contribuição no planejamento das ações de saúde, a partir da análise do perfil dos usuários com diagnóstico de câncer. Afirma-se também, que a partir da produção e análise dos dados, é possível a formulação de políticas públicas de saúde condizentes com a realidade local.

Para tanto, é necessário que as informações tenham o máximo de legitimidade no sentido de garantir o perfil correto dos usuários com câncer. Nesse contexto, é preciso que a capacitação dos trabalhadores, produtores desses dados, esteja em consonância aos conceitos de saúde, ou seja, esses precisam ser orientados com ferramentas da educação permanente no cotidiano do processo de trabalho, sentindo-se parte da equipe de trabalhadores da linha de cuidado que assiste aos usuários.

Assim, a proposta dessa intervenção foi instigar a cultura de pensar saúde integral e possibilitar a reconstrução de práticas, articulando os recursos nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde. Para o controle do câncer, devemos buscar a integralidade de ações e a integração de serviços, que só é possível com o engajamento de todos os órgãos e trabalhadores envolvidos (KLIGERMAN, 2000).

A realização do estudo inicial (diagnóstico) e, posteriormente, este de intervenção representaram para as pesquisadoras, enquanto profissionais da saúde e residentes, a possibilidade de não apenas levantar dados e identificar situações que precisam ser modificadas, mas a oportunidade de discutir com diferentes trabalhadores de saúde, problematizar atitudes e posicionamentos e reconstruir práticas, fundamentais para o enfrentamento das falhas que comprometem a integralidade do cuidado ao usuário com câncer.

Desta forma, o cuidado aos indivíduos portadores de doenças crônicas, assim como é o câncer, deve perpassar os diversos níveis de atenção, de modo a facilitar a integração das ações, cabendo a todos os trabalhadores de saúde a responsabilidade de executá-los.

Cabe salientar que foram identificadas outras falhas nas informações que alimentam os dados do SisRHC hospitalar - insuficientes ou ausentes -, igualmente de extrema relevância, a exemplo de dados médicos. Assim, reforça-se a necessidade do preenchimento correto e completo da totalidade das informações que compõem a FRT. Sobre isso, sugere-se ainda que outros estudos e intervenções sejam pensados e articulados, de maneira que possam colaborar para o aprimoramento do cuidado prestado ao usuário no caminho da integralidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo CLF, Cruz LMF, Lopes MC, Fernandes ECS. O quesito cor/raça em formulários de saúde: a visão dos profissionais de saúde. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2):241-6.

Arregi, MMU. Registro Hospitalar de Câncer: Cinco Anos de Experiência no Instituto do Câncer do Ceará, Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 2000; 46(4): 377-87.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

Cavalini LT, Cruz PS, Silva GM, Silva IF. Perfil da Assistência em um Hospital Universitário: Informações do Registro Hospitalar de Câncer, 2000-2009. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(2): 153-161.

Herr GE, Kolankiewicz ACB, Berlezi EM, Gomes JS, Magnago TSBS, Rosanelli CP, Loro MM. Avaliação de Conhecimentos acerca da Doença Oncológica e Práticas de Cuidado com a Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2013; 59(1): 33-41.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais mínimos: conceitos [Internet]. [citado 2014 fev 05]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/indicadores_minimos/conceitos.shtm.

Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2013b.

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

Kligerman, J. Registro hospitalar de câncer no Brasil [editorial]. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2001; v. 47, n. 4, p. 357-359.

Merhy.E.E.; Cecilio, L.C.O “O singular processo de coordenação dos hospitais”. Campinas, Mimeo (no prelo da revista Saúde em Debate), 2002.

Merhy.E.E.; Cecilio, L.C.O. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar, 2003. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>.

Merhy.E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do sus: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção, 2002. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-12.pdf>.

Pinheiro AB, Lauter DS, Medeiros GC, Cardozo IR, Menezes LM, Souza RMB, Abrahão K, Casado L, Bergman A, Thuler LCS. Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(3): 351-359.

Rodrigues JSM; Ferreira NMLA. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir. Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(4): 431-441.

Silva PF, Amorim MHC, Zandonade E, Viana KCG. Associação entre Variáveis Sociodemográficas e Estadiamento Clínico Avançado das Neoplasias da Mama em Hospital de Referência no Estado do Espírito Santo. Revista Brasileira de Cancerologia; 2013; 59(3): 361-367.

Soares MC, Mishima SM, Silva RC, Ribeiro CV, Meincke SMK, Corrêa ACL. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):502-8.

Thuler, LCS; Bergmann, A; Casado, L. Perfil das pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. Revista Brasileira de Cancerologia; 2012;58(3): 351-357.

Vincent SP. Educação permanente: componente estratégico para implementação da política nacional de atenção oncológica. Revista Brasileira de Cancerologia 2007; 53(1): 79-85.