

# Eleição de Prioridades para a Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho no Município de Londrina - Paraná, Brasil

*Priorities Election for Surveillance of Occupational Cancer in Londrina - Paraná, Brazil*

*Elección de Prioridades para Vigilancia del Cáncer de Origen Laboral en la Ciudad de Londrina - Paraná, Brasil*

Renata Cristina Silva Baldo<sup>1</sup>; Claudete Stábile Ribeiro Romanizen<sup>2</sup>; Fátima Sueli Neto Ribeiro<sup>3</sup>; Ildeberto Muniz de Almeida<sup>4</sup>

## Resumo

**Introdução:** O câncer relacionado ao trabalho ainda não se consolidou como objeto das vigilâncias no Brasil, não obstante a notória importância do trabalho como fator de risco para o câncer. **Objetivo:** Descrever o processo de eleição dos cânceres prioritários para a implantação da notificação do câncer relacionado ao trabalho no município de Londrina/Paraná. **Método:** Pesquisa-ação, de abordagem qualitativa sob o marco da ecologia dos saberes. Em 2011, um curso de capacitação em vigilância do câncer relacionado ao trabalho, baseado em grupo de diálogos, para técnicos de hospitais de referência para o câncer; vigilâncias; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e controle social; elegeu os tipos de câncer prioritários para o município. **Resultados:** Considerando o perfil de exposição municipal, a capacidade diagnóstica da rede e a percepção dos profissionais da rede de assistência, corroborados pelo controle social, foram eleitos como prioridades para início das notificações os cânceres de cabeça e pescoço e bexiga. A estratégia de capacitação foi efetiva, uma vez que os participantes, dentro de suas instituições e competências, seguem contribuindo com essa atividade. **Conclusão:** Introduzir novas atividades na rotina do profissional de saúde é uma dificuldade evidente, assim a escolha dos dois tipos de câncer (cabeça e pescoço e bexiga) mostrou-se factível para início das notificações. A pesquisa-ação como método nesse contexto qualitativo foi particularmente adequada tendo em conta sua adaptação ao contexto epidemiológico, o que facilitou a adesão ao tema e ajudou a desenvolver soluções para aperfeiçoar essa prática. **Palavras-chave:** Sistemas de Informação; Neoplasias; Saúde do Trabalhador; Vigilância Epidemiológica

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP). Promotora de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina (PR), Brasil. *E-mail:* renatabaldo@sercomtel.com.br.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta. Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Promotora de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina (PR), Brasil. *E-mail:* luizclau@sercomtel.com.br.

<sup>3</sup> Sanitarista. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Docente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, Brasil. *E-mail:* fatsue@uerj.br.

<sup>4</sup> Médico. Doutor em Saúde Pública pela USP. Docente da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP. Botucatu (SP), Brasil. *E-mail:* ialmeida@fmb.unesp.br. *Endereço para correspondência:* Renata C. S. Baldo. Rua Ernani Lacerda de Athayde, 45 ap. 1301. Londrina (PR), Brasil. CEP: 86055-630. *E-mails:* renatabaldo@sercomtel.com.br / rcsbaldo@gmail.com.

## INTRODUÇÃO

As estimativas da Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer (IARC) para o ano de 2013 dimensionam em 21.4 milhões de casos novos e 13.2 milhões de mortes no mundo<sup>1</sup>. No Brasil, para o ano de 2014, as estimativas apontam para 576 mil casos novos de câncer por ano. O mais incidente é o de pele não melanoma (182 mil casos novos), seguido por câncer de próstata (69 mil) e mama (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil)<sup>1</sup>.

O cenário brasileiro não resulta de contextos ambientais e individuais assemelhados aos países desenvolvidos, ele decorre de contextos sociais que apontam para a maior incidência e gravidade de casos em situações socioeconômicas desfavoráveis. As diferenças adversas na incidência, na prevalência, na mortalidade e na sobrevida de distintos grupos para o câncer são sintetizadas no conceito de "disparidade dos casos de câncer"<sup>2</sup> (*cancer health disparities*) e expressas nos Estados Unidos em taxas mais elevadas de incidência e morte por câncer entre os afro-americanos e negros quando comparados aos brancos<sup>3</sup>.

As disparidades do câncer se expressam em dimensões continentais quando o Banco Mundial reconhece que até 2030 a incidência de câncer vai aumentar em todo o mundo, mas esse incremento será de 70% em países de renda média e 82% em países de baixa renda<sup>4</sup>. A compreensão dessa desigualdade deve ter o processo produtivo como elemento-chave de entendimento. Historicamente, a transferência da tecnologia obsoleta e poluidora para os países subdesenvolvidos, iniciada no final da década de 1960, favorece a elevação da incidência de câncer nessas regiões<sup>5</sup>.

Decorre desse processo histórico a urgência de discutir intervenções eficazes para o câncer relacionado ao trabalho, aquele que decorre da exposição a agentes químicos, físicos ou biológicos classificados como carcinogênicos presentes no ambiente de trabalho que, em contato por via oral, dérmica, respiratória ou qualquer outra exposição em seres humanos ou animais, aumentam a incidência de neoplasias<sup>6</sup>.

Os riscos ocupacionais ainda estão ausentes das medidas de prevenção para as doenças crônicas recomendadas para 2013-2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), não obstante a própria OMS reconhecer que a contribuição dos fatores ocupacionais no desencadeamento dos cânceres resulta em pelo menos 19% dos casos e a ocorrência de 1,3 milhões de mortes/ano<sup>7,8</sup>.

A IARC considera definitivamente cancerígenos ou suspeitos 1.036 substâncias, misturas ou ambientes, entre eles, fatores sobre os quais os indivíduos não detêm controle, como as exposições ocupacionais<sup>8</sup>. Todavia, entre os 37 fatores de risco analisados pelo Instituto Americano

de Câncer, apenas quatro fatores identificam o trabalho como fator de risco (agrotóxico, asbesto, formaldeído e campos eletromagnéticos)<sup>9</sup>.

Esse dimensionamento e a possibilidade de localizar a sua utilização em um determinado território torna a vigilância do câncer relacionado ao trabalho essencial para uma estratégia conscienciosa de controle do câncer no país.

Diversas iniciativas do Ministério da Saúde subsidiam a implantação de ações locais para a Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho. Cabe destacar a Lista de Neoplasias Relacionadas ao Trabalho (LNRT)<sup>10</sup>, as Diretrizes para a Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho<sup>11</sup> e a notificação compulsória do câncer relacionado ao trabalho no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN)<sup>12</sup>. Ressalta-se que o Brasil é o único país a tornar obrigatória a notificação desse agravo.

A operacionalização dessa Vigilância e a incorporação nos sistemas de informação ainda não se traduziram em rotinas nos serviços de saúde. No município de Londrina - Paraná, a notificação dos agravos relacionados ao trabalho foi iniciada no ano de 2004, com a criação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)<sup>13</sup> ligado à Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST) do Ministério da Saúde.

Os primeiros cenários epidemiológicos do câncer relacionado ao trabalho descritos em Londrina identificaram que, no ano de 2006, entre os 784 casos que iniciaram tratamento em hospital de câncer de referência municipal, 37,7% constavam na lista de neoplasias relacionadas ao trabalho<sup>14</sup>.

Na perspectiva de aprimorar esse cenário e estabelecer procedimentos compatíveis com a Vigilância Epidemiológica local, foi realizado em 2011 um curso de capacitação para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho promovido pela Secretaria Municipal de Saúde e ministrado por técnicos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

A complexidade dessa vigilância demanda articulações intra e extraSUS pouco usuais, como a referência e contrarreferência com a média e a alta complexidade, com a rede conveniada, com serviços de assistência e a Universidade. Enfim, a construção de uma rede para a captação de casos de câncer relacionados ao trabalho prioritários, estabelecidos a partir de metas que não podem se limitar apenas aos critérios epidemiológicos.

Neste contexto, a abordagem educativa utilizada é uma ferramenta importante direcionada aos profissionais de saúde e de outros setores da sociedade, na perspectiva da capacitação ética e técnica, visando à melhora da formação profissional e à qualidade na prestação do serviço de saúde<sup>15</sup>.

A descrição do processo de eleição dos cânceres prioritários para a implantação da notificação do câncer relacionado ao trabalho no município de Londrina se constitui no objetivo deste estudo.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa-ação de abordagem qualitativa que versa sobre a Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho<sup>11</sup> com ênfase no processo de eleição dos cânceres prioritários no município de Londrina - Paraná. Pesquisa-ação caracterizada pela base empírica concebida e realizada em estreita associação com uma ação no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo participativo ou cooperativo<sup>16</sup>.

Para tanto, realizou-se curso de capacitação em vigilância do câncer relacionado ao trabalho, no ano de 2011, visando a sensibilizar e a articular as equipes de saúde de diversos setores do Sistema Único de Saúde (SUS) e eleger os cânceres prioritários para o início da implantação das notificações do câncer relacionado ao trabalho no SINAN.

Os técnicos foram convidados pelo CEREST/Núcleo Londrina a participar do curso e preencheram ficha de inscrição com informações de identificação pessoal como: nome, formação profissional, local de trabalho, telefone e contato eletrônico. Dessa forma, foi possível identificar a clientela e solicitar, a alguns participantes, informações prévias sobre parte do conteúdo temático a ser trabalhado no curso, como informações epidemiológicas sobre morbimortalidade por câncer no município de Londrina<sup>17</sup>, perfil produtivo com base no Relatório Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego<sup>18</sup>, características demográficas do município de épocas passadas e atual e características da rede de assistência do câncer no município<sup>19,20</sup>.

O curso propriamente dito constituiu-se de duas etapas, na primeira, com carga horária de 16 horas, participaram 35 técnicos dos serviços de vigilâncias epidemiológicas e sanitárias de Londrina e do Estado do Paraná, Registros de Câncer de Base Hospitalar de hospitais de referência para o câncer do município e CEREST Macro Norte I/Núcleo Londrina.

Neste contexto, instrutores e participantes, por meio de grupos de diálogos, ampliaram as discussões sobre o conteúdo temático que incluiu ainda epidemiologia do câncer relacionado ao trabalho no Brasil, sistemas de informação no SUS e legislação em Saúde do Trabalhador. Os grupos foram elencados de forma heterogênea, a fim de garantir a reflexão sobre a dimensão temática e estimular a participação ativa na eleição dos cânceres prioritários.

O referencial teórico para subsidiar o curso e a relação de nexos com a ocupação foram as Diretrizes para a Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho do Ministério da Saúde/INCA<sup>11</sup>, a Portaria MS/GM nº 104 de novembro de 2011<sup>12</sup>, que dispõe sobre a notificação compulsória de agravos em saúde, o caderno de legislação em Saúde do Trabalhador<sup>21</sup>, o Manual de Procedimentos

para os Serviços de Saúde, que dispõe sobre as doenças relacionadas ao trabalho<sup>10</sup> e literatura pertinente ao tema<sup>22,23</sup>. Para o grupo de diálogos, adotou-se o referencial teórico da Ecologia de Saberes de Boaventura Santos, que propõe ser uma via alternativa que privilegia o pensamento diversificado e propositivo, dessa forma permite que os conhecimentos se cruzem<sup>24</sup>.

Na segunda etapa, com carga horária de quatro horas foram incluídos membros da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), do Conselho Municipal de Saúde (CMS), gestores, sindicatos e controle social. A ampliação do grupo de diálogos com participação de novos atores suscitou amplo debate público, que corroborou a validação social dois tipos de câncer prioritários para iniciar a notificação no SINAN no período de 12 meses.

O projeto faz parte da tese intitulada “Compreendendo a implantação da vigilância do câncer relacionado ao trabalho no Brasil entre 2011 e 2014” e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Norte do Paraná sob o número CAAE: 07593612.8.0000.0108. Respeitaram-se todas as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na cidade de Londrina - Paraná, nos anos de 1970, a população residente era de 228.101 habitantes e a PEA ocupada de 79.893<sup>20</sup>. Destes, 31,3% encontravam-se ocupados na agricultura e 16,01% na indústria. O crescimento populacional desde esse período foi crescente, em 1980 o município contava com 301.696 habitantes e em 2010 com 506.701. Destaca-se a proporção de mulheres que em 1970 era igual à de homens e em 2010 supera no número de homens em aproximadamente 10%<sup>19</sup>.

As informações da população formal ocupada apenas se viabilizaram por meio da RAIS a partir de 1985. A situação do emprego, segundo os setores econômicos para 1985, está descrita na Tabela 1. A população formal ocupada representa aproximadamente 14% da população total. Naturalmente se constitui num limite dessa base de dados que se restringe à ocupação formal e exclui, justamente, os trabalhadores rurais e os informais que podem compor parte significativa da população de Londrina nesse período.

Excluindo o setor de administração pública, comércio, serviço de alojamento e alimentação e administração de imóveis que apresentam riscos de câncer difusos, os setores que mais empregam em Londrina apresentam riscos de exposição a cancerígenos que foram comparados com a literatura<sup>19</sup> e as Diretrizes da Vigilância do Câncer<sup>11</sup>. Para esse cenário, foi considerada a população rural que, nos anos 1970, se destacava no país pelo papel de grande produtor de café<sup>19</sup>.

**Tabela 1.** Número de trabalhadores formais ocupados por setor econômico, Londrina - Paraná, 1985

<b>IBGE subsetor</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Comércio	10.364	5.255	15.619	21,76
Serv. de alojamento, alimentação, reparação, manutenção, redação	8.611	5.840	14.451	20,14
Construção civil	6.289	191	6.480	9,03
Com. e administração de imóveis, valores mobiliários, serv. técnico	3.938	1.362	5.300	7,38
Indústria têxtil do vestuário e artefatos de tecidos	1.407	3.520	4.927	6,86
Transportes e comunicações	4.160	638	4.798	6,69
Administração pública direta e autárquica	2.595	1.836	4.431	6,17
Outros	11.966	3.798	15.764	21,96
<b>TOTAL</b>	<b>49.330</b>	<b>22.440</b>	<b>71.770</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Relatório Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego.

Observou-se que o Sistema de Informação de Mortalidade disponível no DataSUS<sup>17</sup> identificou a ocorrência de 861 óbitos por câncer na Região Metropolitana de Londrina ano de 2008. As estimativas internacionais sinalizam que 6% de todos os casos de câncer podem ser decorrentes do trabalho<sup>11</sup>. Assim, inferiu-se como meta factível a notificação de 52 casos de câncer relacionado ao trabalho em Londrina no período de um ano, independente de qual tipo seria escolhido como prioritário.

Esse valor pode ser considerado bastante conservador se levar em conta a evolução apresentada pelo Registro Hospitalar de Câncer do município (Tabela 2). A projeção de metas poderia ser bem mais arrojada, mas seria pouco exequível, tendo em vista que se trata da instauração pioneira de um Serviço de Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho.

Constituíram-se cinco grupos de diálogos heterogêneos que elencaram, com base no conteúdo temático, uma lista

de possibilidades para início da notificação como: pulmão, pele, leucemia, cabeça e pescoço (incluindo sinusal, faringe, laringe) e bexiga.

Ainda que a literatura aponte a incidência de outros cânceres epidemiologicamente demonstrados como sendo de causa ocupacional<sup>23</sup>, fato que aconteceria com câncer de pele, por exemplo, os profissionais das redes de assistência pontuaram que a facilidade de acesso aos pacientes deveria ser considerada. Diante dessa discussão, os grupos procuraram associar o perfil produtivo do município, literatura pertinente e acesso aos pacientes dando prioridade aos casos que se encontram em tratamento nos hospitais de referência para câncer, como pontos norteadores para a escolha dos cânceres prioritários, desconsiderando, parcialmente, as informações do registro hospitalar de câncer.

Assim, por ser um modelo piloto, optou-se por reduzir a lista inicial para câncer de cabeça e pescoço (incluindo sinusal, faringe, laringe), bexiga e pele.

**Tabela 2.** Casos de Câncer segundo o Registro Hospitalar de Câncer entre 2004 e 2011, Londrina - PR

<b>Localização primária</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
C44 Pele	159	269	404	370	435	534	583	463
C50 Mama	123	221	217	238	286	333	386	272
C61 Próstata	78	157	184	191	234	232	305	256
C 51 a C58 Vulva, vagina, útero, ovário e placenta	150	232	194	140	157	241	266	238
C16 Estômago	49	102	102	100	92	128	125	120
C42 Sistema hematopoiético	34	65	53	71	75	72	89	95
C18 Cólon	31	72	70	61	73	71	108	88
C 00 a 06 Lábio, boca, língua, palato e gengiva	37	57	70	77	60	72	73	81
C34 Brônquios e pulmões	31	59	48	49	51	78	86	76
Outros	224	423	444	462	537	652	705	663
<b>TOTAL</b>	<b>930</b>	<b>1.678</b>	<b>1.814</b>	<b>1.788</b>	<b>2.046</b>	<b>2.462</b>	<b>2.779</b>	<b>2.387</b>

Fonte: Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC)/ INCA.

Essa atividade evidenciou que, se por um lado os participantes reconheciam a importância do tema e desejavam contribuir para a efetivação de ações de registro e vigilância do câncer, por outro era necessário estabelecer um trabalho conjugado em rede, com apoio institucional, associado a habilidades individuais, para que o conhecimento teórico resultasse em ações concretas.

A decisão de incorporar mais uma tarefa ao exaustivo processo de trabalho do profissional de saúde não vai se dar pela adesão voluntária aos protocolos e metas epidemiológicas que apenas refletem um dos saberes sobre o adoecimento. Na área da saúde, a "monocultura do saber"<sup>24</sup> está na clínica e isto pode estar dificultando o relacionamento entre diferentes conhecimentos, mesmo na área da saúde.

Dessa forma, a ecologia de saberes favorece novas hierarquias, dependendo do contexto a que estão situados os objetivos<sup>24</sup>. Portanto, se propõe um pluralismo epistemológico que reconheça a existência de múltiplas visões que contribuam para o alargamento dos horizontes da experiência humana no mundo, de experiências e práticas sociais alternativas<sup>24</sup>.

Nesse caso, a preponderância de metas que respondam aos cânones epidemiológicos foi flexibilizada pela operacionalização das próprias metas. Partir da realidade de quem executa permitiu uma complementariedade fundamental para se alcançar os objetivos para a eleição do câncer prioritário.

Membros da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), do Conselho Municipal de Saúde (CMS), gestores, sindicatos e controle social coadunados aos demais participantes pactuaram a escolha do câncer prioritário.

A partir do perfil de exposição ocupacional para os dois tipos de câncer, foram ponderadas como atividade econômica de risco a agricultura, devido ao uso de agrotóxicos; a prestação de serviços na área da estética, devido ao possível uso de formaldeído; além da construção civil, devido à poeira de cimento e da sílica, para o câncer de cabeça e pescoço.

À luz das discussões, corroborou-se, para a validação social, a escolha dos cânceres de cabeça e pescoço (incluindo sinusal, faringe e laringe) e bexiga para início das notificações.

Nesse momento, optou-se em manter apenas os dois tipos de cânceres, mas sem descartar a possibilidade futura de ampliação aos demais tipos constantes das Diretrizes<sup>11</sup>.

Além da eleição dos cânceres prioritários, o curso também propiciou o estabelecimento de fluxo de referência e contrarreferência entre os hospitais, os registros de câncer, as vigilâncias e o CEREST; porém, esse tema não é objeto deste estudo.

Ao final, gestores firmaram apoio quanto a disponibilizar hospital de referência para busca dos casos, assim como

viabilizar condições técnicas para sistematização das notificações.

A submissão da metodologia de forma horizontal ao debate com a Universidade, os gestores e os representantes do Conselho Municipal de Saúde, conformou-se na finalização da segunda etapa da socialização do conhecimento e articulação dos saberes, ainda que não se possa chamar de validação.

A estratégia de capacitação realizada mostrou-se efetiva no processo de eleição dos cânceres prioritários e início da notificação do câncer relacionado ao trabalho no município de Londrina, uma vez que os participantes, dentro de suas instituições e competências, seguem contribuindo com essa atividade.

Fica patente que "nenhuma forma singular de conhecimento pode responder por todas as intervenções possíveis"<sup>24</sup> e os conhecimentos devem ser avaliados a partir de interações e interposições concretas que permitem ser engendradas na sociedade e na natureza<sup>25</sup>. Apenas a elaboração e construção das tarefas em conjunto podem alterar o modelo sanitário ainda bastante autoritário e hierárquico no Brasil.

Nesse sentido, apesar dos avanços epidemiológicos na compreensão e análise das relações causais entre o câncer e a exposição a substâncias presentes no ambiente de trabalho, ainda existem lacunas que precisam ser preenchidas<sup>23</sup>.

## CONCLUSÃO

Embora o Brasil seja o único país no mundo a tornar obrigatória a notificação do câncer relacionado ao trabalho, por sua vez, introduzir novas atividades na rotina do profissional de saúde é uma dificuldade evidente, dada a sobrecarga e as dificuldades das condições de trabalho sobejamente conhecidas. Assim, a escolha dos dois tipos de câncer (cabeça e pescoço e bexiga) mostrou-se factível para início das notificações.

A escolha da pesquisa-ação como método de investigação, nesse contexto qualitativo, foi particularmente adequada, tendo em conta sua adaptação ao contexto epidemiológico, o que facilitou a adesão ao tema e a eleição dos cânceres prioritários.

A opção pelo referencial da Ecologia de Saberes foi positiva porque propiciou que os atores a partir do curso tomassem para si a atividade de auxiliar na notificação. A flexibilização do resultado epidemiológico e a incorporação da subjetividade dos registradores e da factibilidade dos casos, ainda que tenham reduzido o alcance das metas quantitativas, resultaram em etapas mais firmes para que este trabalho não se limite a um ensaio acadêmico, mas se consolide na rotina exaustiva dos profissionais de saúde. Encontros entre técnicos da média e alta complexidade com o serviço de vigilância propiciou mais sentido no

conhecimento dos sistemas de informação e valorizou a participação de todos os atores envolvidos no processo de eleição dos cânceres prioritários.

Ademais, o envolvimento de atores até então excluídos, como os técnicos administrativos responsáveis pelo preenchimento do registro de câncer e o controle social, facultou um novo modelo de intervenção, calcado na flexibilização da hierarquia clínica-epidemiológica.

Essa experiência em Londrina-PR, a partir de parcerias acadêmicas e com outras estruturas do SUS, impulsionou o desafio cotidiano de negar os limites ainda não explorados de novas interlocuções, novos espaços, pelo compromisso de promover interações sustentáveis e diálogos multilaterais.

Acredita-se que essa abordagem metodológica, como processo para eleição de prioridades visando à notificação dos cânceres relacionados ao trabalho no SINAN, possa ser exitosa também em outros municípios do Brasil.

## CONTRIBUIÇÕES

Renata Cristina Silva Baldo contribuiu no delineamento do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados, elaboração do manuscrito, revisão crítica e aprovação final. Claudete Stábele Ribeiro Romaniszen contribuiu na coleta, análise e interpretação dos dados, elaboração do manuscrito, revisão crítica. Fátima Sueli Neto Ribeiro contribuiu na concepção e delineamento do projeto, treinamento local, análise e interpretação dos dados, elaboração do manuscrito, revisão crítica e aprovação final. Ildeberto Muniz de Almeida contribuiu na revisão crítica e aprovação final.

**Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.**

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014 incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2014.
2. Harper S, Lynch J. Methods for Measuring Cancer Disparities: Using Data Relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives. NCI Cancer Surveillance Monograph Series, Number 6. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2005. NIH Publication No. 05-5777.
3. National Cancer Institute (US). Cancer Health Disparities [Internet]. [Bethesda]: NCI; [revisado em 2008; acesso em 2014 Abr 10]. Disponível em: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/disparities/cancer-health-disparities>.
4. The World Bank. The growing danger of non-communicable diseases: acting now to reverse course [Internet]. [Washington, DC]: The World Bank; 2011. [acesso em 2014 Abr 13]. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Peer-Reviewed-Publications/WBDeepeningCrisis.pdf>.

5. Koifman S. Câncer ambiental e ocupacional na América Latina. *Cad Saúde Pública*. 1998 Jan;14(Suppl 3):S4-5.
6. Ministério da Saúde (BR). Câncer relacionado ao trabalho: leucemia mielóide aguda: síndrome mielodisplásica decorrente da exposição ao benzeno. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
7. World Health Organization. Global action plan: for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneve: WHO Document Production Services; 2013.
8. Internacional Agency for Research on Cancer. Agent Classified by the IARC Monographs, Volumes 1-109. [Internet]. 2014 [acesso 2014 abr 05]. Disponível em <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol106/index.php>.
9. National Cancer Institute (US). Fact Sheets: risk factors and possible causes [Internet]. Bethesda: NCI; [2014?] [acesso 2014 Abril 9]. Disponível em: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk>.
10. Ministério da Saúde (BR). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.
11. Instituto Nacional do Câncer José Gomes da Silva. Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho. Rio de Janeiro: Inca; 2012.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº104/GM, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União* 2011 Jan 26; Seção 1, p.37.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº250/SAS, de 29 de agosto de 2003. Define a habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador de abrangência regional. *Diário Oficial da União* 2003 Set 1; Seção 1, p.70.
14. Romaniszen CSR. Neoplasias relacionadas ao trabalho: estudo de morbidade em um hospital de referência [monografia]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2008.
15. Ministério da Saúde (BR). Projeto MultiplicaSUS: oficina de capacitação pedagógica para a formação de multiplicadores. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
16. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.
17. Ministério da Saúde (BR). Indicadores de mortalidade. Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas [Internet] Brasília, DF: Ministério da Saúde. 1990-2011. [acesso 2014 Abr 5]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c10.def>.

18. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Portal do trabalho e emprego [Internet]. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego. 2007-2014. [acesso 12 Mar 2014]. Disponível em: [http://bi.mte.gov.br/bgcaged/caged\\_perfil\\_municipio/index.php](http://bi.mte.gov.br/bgcaged/caged_perfil_municipio/index.php).
19. Prefeitura do Município de Londrina (Paraná). Perfil do Município de Londrina 2013: ano-base 2012. [Londrina]: Prefeitura do Município de Brasília; 2013.
20. Fundação IBGE. Sinopse preliminar do censo demográfico: VIII recenseamento geral – 1970 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 1971. [acesso em 2014 Abr 10]. Disponível em: [file:///C:/Users/Marcus/Downloads/cd\\_1970\\_sinopse\\_preliminar\\_pr.pdf](file:///C:/Users/Marcus/Downloads/cd_1970_sinopse_preliminar_pr.pdf).
21. Ministério da Saúde (BR). Legislação em saúde: cadernos de legislação em saúde do trabalhador. 2ed. rev e ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
22. Ribeiro FSN, Wunsch Filho V. Avaliação retrospectiva da exposição ocupacional a cancerígenos: abordagem epidemiológica e aplicação em vigilância em saúde. Cad. Saúde Pública. 2004 Aug;20(4):881-90.
23. Chagas CC, Guimarães RM, Boccolini PMM. Câncer relacionado ao trabalho: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Colet. 2013 Jun;21(2):209-23.
24. Santos BS, Meneses MP, organizadores. Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez; 2010.
25. Gomes FMG. As epistemologias do sul de Boaventura de Souza Santos: por um resgate do sul global. Revista Páginas de Filosofia. 2012 Dez;4(2):39-54.

## **Abstract**

**Introduction:** Occupational cancer has not been consolidated as an object of surveillance in Brazil, despite the eminent importance of work as a risk factor for cancer. **Objective:** Describe the election process of priority cancers for the implementation of occupational cancer notification in Londrina/Paraná. **Method:** Action research, a qualitative approach in framework of ecology of knowledge. In 2011, an occupation cancer surveillance training course for professionals of cancer-reference hospitals, health surveillance, Occupational Health Reference Center and social control, based on group dialogues, elected the priority types of cancers. **Results:** Considering the profile of local exposure and healthcare network diagnostic capacity corroborated by social control, cancer of head, neck and bladder were chosen as a priority for active search and notification. The training strategy was effective for the election of priority cancers to initiate the notification of work-related cancer in Londrina, since the participants within their institutions and skills have contributed to this activity. **Conclusion:** The introduction of new activities in the health professional routine is an obvious difficulty; therefore, the choice of two types of cancer (head and neck, and bladder) was feasible for early notifications. Action research as a method in this qualitative context was particularly appropriate considering its adaptation to the epidemiological context, which facilitated adherence to the theme and helped developing solutions to improve the practice.

**Key words:** Informations Systems; Neoplasms; Occupational Health; Epidemiological Surveillance

## **Resumen**

**Introducción:** El cáncer de origen laboral todavía no se ha consolidado como un objeto de la vigilancia en Brasil, a pesar de la importancia del trabajo como factor de riesgo para el cáncer. **Objetivo:** Describir el proceso de la elección de los tipos prioritarios de cáncer para la aplicación de notificación de cáncer de origen laboral en la ciudad de Londrina/Paraná. **Método:** Una investigación-acción, de enfoque cualitativo bajo el marco de la ecología de los saberes. En abril de 2011, se realizó un curso de capacitación para la vigilancia de cáncer de origen laboral, bajo la metodología de grupos de diálogos para técnicos de hospitales de referencia para el cáncer; vigilancia; El Centro de Referencia en Salud de los trabajadores y el control social eligieron los tipos prioritarios de cáncer en la ciudad. **Resultados:** Considerando el perfil de la exposición local, la capacidad de diagnóstico de la red de salud y las percepciones de los profesionales de la red asistencial, corroborados por el control social, fueron elegidos como prioridad para inicio de notificación dos tipos de cáncer: de cabeza y cuello y el de vejiga. La estrategia de capacitación fue efectiva, ya que los participantes, dentro de sus instituciones y competencia, siguen contribuyendo para esta actividad. **Conclusión:** Introducir nuevas actividades en la rutina del profesional de la salud es una evidente dificultad, por lo que la opción de dos tipos de cáncer (cabeza y cuello y vejiga) fue factible para iniciar las notificaciones. La investigación-acción como un método en este contexto cualitativo, fue particularmente apropiada, teniendo en cuenta su adaptación al contexto epidemiológico, lo que le facilitó la adherencia al tema y ayudó a desarrollar soluciones para mejorar la práctica.

**Palabras clave:** Sistemas de Información; Neoplasias; Salud Laboral; Vigilancia Epidemiológica