

Ministério da Saúde
COORDENAÇÃO DE ENSINO



Residência Multiprofissional em Oncologia – Enfermagem

RENATA PENHA FARIA

**Tendência de adequação à lei nº 12.732 de 2012 pelas Unidades Federativas
brasileiras sob a ótica dos casos de câncer colorretal**

Rio de Janeiro

2020

RENATA PENHA FARIA

**Tendência de adequação à lei nº 12.732 de 2012 pelas Unidades Federativas
brasileiras sob a ótica dos casos de câncer colorretal**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar
Gomes da Silva como requisito parcial para a
conclusão do curso de Residência
Multiprofissional em Oncologia – Enfermagem**

Orientadora: Lívia Márcia Vidal Pires

Rio de Janeiro

2020

RENATA PENHA FARIA

**Tendência de adequação da lei nº 12.732 de 2012 pelas Unidades Federativas
brasileiras sob a ótica dos casos de câncer colorretal**

Avaliado e Aprovado por:

Lívia Márcia Vidal Pires

Ass. _____

Fernando Lopes Tavares de Lima

Ass. _____

Alessandra de Oliveira Borba Silva

Ass. _____

Data: ____/____/____

Rio de Janeiro

2020

Tendência de adequação à lei nº 12.732 de 2012 pelas Unidades Federativas brasileiras sob a ótica dos casos de câncer colorretal

Renata Penha Faria¹, Livia Márcia Vidal Pires², Regina Lanzillotti³

Resumo:

Introdução: No Brasil estimou-se, para o triênio 2020-2022, 20.250 e 20.470 de casos novos de câncer colorretal em homens e em mulheres, respectivamente. Em 2012, foi elaborada a Lei nº 12.732, que dispõe sobre o primeiro tratamento ao paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, pelo SUS, considerando o período de até 60 dias. **Objetivo:** Analisar a tendência de adequação das Unidades Federativas Brasileiras, a lei nº 12.732 de 2012, a luz dos casos de câncer colorretal. **Método:** Estudo transversal com abordagem quantitativa descritiva, sendo realizado extração do relatório do tempo do RHC no período de 2005-2017, para estabelecer uma regressão linear dos casos com diagnóstico e sem tratamento em até 60 dias dos casos de câncer colorretal. **Resultados:** Das 26 UF e o Distrito Federal, após a implementação da lei, houve tendência de adequação de 13 UF de todas as regiões brasileiras, 9 UF não apresentaram tendência de adequação, 1 UF já realizava em tempo preconizado e 4 UF não foram passíveis de análise. **Conclusão:** As UF apresentam uma tendência favorável a adequação à lei nº 12.732/12.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde, Acesso aos serviços de saúde, Neoplasia colorretal

Abstract:

Introduction: In 2020-2022, was estimated in Brazil, 20.250 and 20.470 new cases of colorectal cancer in men and women, respectively. In 2012, Law No. 12,732 was drafted, which provides for the first treatment of patients with proven malignant neoplasia and establishes a

¹ Enfermeira Residente, Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

² Enfermeira, Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

³ Estatística, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

deadline for its initiation by SUS considered within 60 days. **Objective:** analyze the tendency of suitability of the Brazilian Federal Units, the law no. 12.732 of 2012, the light of colorectal cancer cases **Method:** Cross-sectional study with a quantitative descriptive approach, with extraction of the RHC time report in the period 2005-2017, to establish a linear regression of the cases with diagnosis and without treatment in up to 60 days of colorectal cancer cases. **Results:** of the 26 FU and the Federal District, after the implementation of the law, 13 FU from all Brazilian regions have the tendency of adjustment, 9 FU did not show tendency of adjustment, 1 FU already performed at the recommended time and 4 FU were not amenable to analysis. **Conclusion:** The Federal States present a favorable trend for the adaptation of law no. 12,732/12.

Keywords: Unified Health System, Access to health services, Colorectal Neoplasm

Resumen:

Introducción: En Brasil, estimó para 2020-2022 , 20.250 y 20.470 nuevos casos de cáncer colorrectal en hombres y mujeres, respectivamente. En el 2012 se redactó la Ley 12.732, que prevé el primer tratamiento de los pacientes con neoplasia maligna comprobada y establece un plazo para su iniciación por el SUS considerado en 60 días. **Objetivo:** analizar la adecuación de las Unidades Federales Brasileñas, la ley nº 12.732 de 2012, la luz de los casos de cáncer colorrectal **Método:** Estudio transversal con enfoque cuantitativo descriptivo, con extracción del informe de tiempo de RHC en el período 2005-2017, para establecer una regresión lineal de los casos con diagnóstico y sin tratamiento en hasta 60 días de casos de cáncer colorrectal. **Resultados:** de las 26 UF y el Distrito Federal, después de la implementación de la ley, 13 UF de todas las regiones brasileñas presentaron tendencia de adecuación, 9 UF no mostraron tendencia adecuación, 1 UF ya realizaba en el momento recomendado y 4 UF no fueron susceptibles de análisis. **Conclusión:** Los Estados Federales presentan una tendencia favorable a la adecuación de la ley nº 12.732/12.

Palabras clave: Sistema Único de Salud, Acceso a los servicios de salud, Neoplasia colorrectal

1) INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis tais como as coronarianas, câncer e diabetes são as principais causas de morte no mundo ⁽¹⁾. A incidência e mortalidade do câncer vem crescendo mundialmente, devido ao aumento demográfico, alteração da prevalência dos fatores de risco para o câncer e mudanças socioeconômicas. Estimou-se para 2018 cerca de 18 milhões de novos casos e 9,6 milhões de óbitos relacionados ao câncer ⁽²⁾. Dentre os cânceres mais incidentes pode-se citar as neoplasias de pulmão, próstata, colorretal no gênero masculino e neoplasias de mama, colo uterino e colorretal, no feminino. O câncer colorretal é o terceiro tipo de neoplasia mais frequentes, e o segundo em relação a mortalidade ⁽²⁾.

Neste contexto, o câncer colorretal (CCR) é definido como o conjunto de neoplasias que abrangem, segundo a classificação internacional de doenças 10ª edição (CID-10), o colón (C18); junção retosigmóide (C19) e o reto (C20) ⁽³⁾. De acordo com a última estimativa do GLOBOCAN, em 2018, o CCR, representava 10% dos casos de neoplasias mundialmente, sendo a 3ª causa mais comum em homem e a 2ª em mulheres ⁽³⁾. Além disso, a taxa de incidência do CCR é considerada um indicador de transição de doenças em nações que estão em desenvolvimento e assimilando mudanças de estilo de vida, similar aos países industrializados⁽³⁾. O aumento da incidência sofre influência do padrão dietético, obesidade e estilo de vida⁽²⁾.

O Brasil ultrapassou a tendência mundial em relação a incidência dos casos entre os homens, pois a estimativa para o triênio 2020-2022 alcançou 20.250 e 20.470 casos novos de

CCR em homens e em mulheres, respectivamente a cada 100mil habitantes, ocupando ambos a segunda posição⁴. O rastreamento para o câncer colorretal é baseado na pesquisa de sangue oculto nas fezes, colonoscopia ou sigmoidoscopia em adultos entre 50 e 75 anos. Entretanto, no Brasil o mesmo não é preconizado devido o custo efetividade da implantação de programas populacionais de rastreamento para tal patologia. Dessa forma é preconizado estratégias de detecção precoce, como divulgação dos sinais de alerta, acesso imediato aos procedimentos diagnósticos dos casos suspeitos e acesso ao tratamento adequado e oportuno⁽⁵⁾.

De modo a enfrentar o problema do câncer no país, em 2005 foi elaborada a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos pela Portaria nº 2.439⁽⁶⁾, sendo esta revogada em 2013, pela Portaria nº 874⁽⁷⁾, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), vigente até a presente data. A legislação possui como objetivo “a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos⁽⁷⁾.”

Entretanto, apesar da implementação de Políticas Públicas voltadas ao controle do câncer no Brasil, em 2011 o Tribunal de Contas da União (TCU) divulgou um relatório de auditoria da Política Nacional de Atenção Oncológica, o qual elucida que a rede de atenção oncológica não possui estrutura suficiente para permitir, aos pacientes com câncer, acesso oportuno e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento de câncer⁽⁸⁾. Como estratégia indutora de mudança após o relatório, em 2012 foi elaborada a Lei nº 12.732, conhecida coloquialmente como “Lei dos 60 dias”, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, pelo SUS, o período de até 60 dias,

contando a partir do dia que foi feito o diagnóstico, nas modalidades terapêuticas existentes, podendo ser intervenção cirúrgica, quimioterapia ou radioterapia⁽⁹⁾. A lei vigora desde 2013. A portaria nº 876 de 2013 dispõe sobre a aplicação da lei supracitada, onde o prazo de 60 dias para início do tratamento conta-se a partir do registro do diagnóstico no prontuário do paciente⁽¹⁰⁾.

Neste cenário, é importante realizar os registros dos casos e do intervalo de tempo nas bases de dados pública de modo a elaborar indicadores confiáveis para atenção oncológica. Assim, a Portaria nº 874, também preconiza princípios e diretrizes relacionados à vigilância, monitoramento e avaliação do câncer no país. Utilizando-se de informações epidemiológicas dispostas nos sistemas de informação do SUS, bem como dos registros de câncer de base populacional e hospitalar⁽⁷⁾. Entre esses sistemas de vigilância encontra-se o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) que armazena informações dos pacientes com diagnóstico de câncer confirmado, atendidos no hospital que realizou diagnóstico e/ou recebeu tratamento. Ainda, reúne estatísticas dos diagnósticos mais frequentes no hospital. Desta forma, este registro auxilia a avaliação epidemiológica dos casos de câncer⁽¹¹⁾.

Em 2013, o TCU emitiu um relatório de avaliação do cumprimento do disposto na Lei 12.372/2012, entretanto pelo pouco tempo de implementação do módulo de gerenciamento do tempo entre o diagnóstico e o tratamento das neoplasias malignas do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), não foi possível avaliar o cumprimento do prazo estabelecido por tal lei, no período 2012-2013⁽¹²⁾.

Assim, o presente estudo visa analisar a tendência de adequação das Unidades Federativas Brasileiras, a lei nº 12.732 de 2012, a luz dos casos de câncer colorretal.

2) MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa descritiva. As informações foram obtidas a partir da base de dados pública referente ao relatório de tempo emitido pelo website do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), extraídos em novembro de 2019.

O estudo se baseou no cenário dos casos de câncer colorretal (CID-O: C180 a C209), delimitado no período anual da primeira consulta de 2005 a 2017, por ser o intervalo de tempo a partir da vigência da Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, e o ano máximo disponibilizado até o momento do estudo, no RHC para consulta de dados, com estadiamento inicial e avançado referente a cada ano para a faixa etária superior a 19 anos, dos casos analíticos. Casos analíticos são aqueles correspondentes no qual o planejamento e realização do tratamento foram executados no hospital que constituem o alvo prioritário do RHC⁽¹³⁾.

Na relação diagnóstica e tratamento anterior foi utilizado o item “todos”, que corresponde a: sem diagnóstico e sem tratamento; com diagnóstico e sem tratamento. O processo foi realizado referente a cada Unidade Federativa do Brasil (UF) e do Distrito Federal.

Uma tabela foi gerada para intervalos de tempo em dias entre a primeira consulta e diagnóstico; diagnóstico e o tratamento; consulta e tratamento com o uso das informações expressas em porcentagem e frequência total dos casos, contidos na coluna referente ao item diagnóstico/tratamento: com diagnóstico e sem tratamento.

As séries anuais constantes do relatório website do RHC foram tratadas para dois períodos, de 2005 a 2012 e de 2013 a 2017, adotando-se o corte da “Lei dos 60 dias”, que foi estabelecida em 2012, mas entrou em vigor a partir de 2013, de modo a estabelecer comparação da adequação das UF no período pré e pós vigência da lei.

Este banco de dados permitiu obter os “Casos iniciais de colorretal com diagnóstico e sem tratamento até 60 dias” mediante a operação aritmética produto dos fatores “Percentual de casos iniciais de colorretal com diagnóstico e sem tratamento até 60 dias” e “Valor total bruto de casos iniciais”. De forma análoga, os “Casos avançados de colorretal com diagnóstico e sem tratamento até 60 dias” foram obtidos pelo produto do “Percentual de casos avançados de colorretal com diagnóstico e sem tratamento até 60 dias” pelo “Valor total bruto de casos avançados”.

A regressão linear simples foi realizada no programa Excel versão 2016. Utilizou-se o somatório dos “Casos iniciais de colorretal com diagnóstico e sem tratamento até 60 dias” e dos “Casos avançados de colorretal com diagnóstico e sem tratamento até 60 dias” como variáveis respostas e os anos como variável explicativa. O coeficiente angular estimado indica a inclinação positiva ou negativa da tendência, se positiva então os casos de câncer de colorretal com diagnóstico e sem tratamento até 60 dias tendem a aumentar se negativa, há declínio destes casos, conseqüentemente há uma expectativa favorável.

A adequabilidade da regressão linear da série histórica foi avaliada pelo “coeficiente de adequabilidade” (correlação ao quadrado). Nos casos em que a série apresentou valor nulo referente aos casos de câncer de colorretal com diagnóstico e sem tratamento até 60 dias para um dos anos observados, optou-se em usar a média referente aos anos anterior e posterior. O coeficiente de variação (desvio padrão/média) serviu para avaliar a similaridade ou não da ocorrência destes casos de câncer durante o período pré e pós a lei nº 12.732 de 2012, “Lei dos 60 dias”. Assim, se a variabilidade for baixa, os casos observados são praticamente constantes no período avaliado.

As Unidades da Federação que tiveram informações aquém do quadriênio e informações apenas para um dos períodos, não foram contempladas com análise da regressão linear, pois a aferição da tendência linear poderia ficar comprometida e não passível de análise.

Uma vez que estudo utilizou uma base de dados de fonte secundária não necessitou da aprovação do comitê de ética e pesquisa, conforme a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

3) RESULTADOS

Os resultados das regressões lineares simples e os respectivos coeficientes de adequabilidade estão discriminados nas tabelas 1 a 5. Cabe ressaltar que as UF Amapá, Rondônia, Roraima e Goiás, não apresentaram registros suficientes no relatório de tempo extraído do RHC, para realização da análise.

Tabela 1. Regressão Linear Simples para casos de câncer de colorretal com diagnóstico sem tratamento até 60 dias – Região Norte (continua)

Unidade da Federação	Especificação	Estágio Inicial e Estágio Avançado	
		2005 a 2012	2013 a 2017
Acre	Regressão linear simples	0,6 tempo (ano) -1257	-1,1 tempo (ano) +2220
	Coeficiente de adequabilidade	0,03	0,70
	Ângulo de inclinação linear em graus	32,20	-47,70
	Coeficiente de variação	0.70	0.50
Amazonas	Regressão linear simples	-0.9 tempo (ano) +1810	0,6 tempo (ano) – 1204,80

	Coeficiente de adequabilidade	0,39	0,36
	Ângulo de inclinação linear em graus	-41,95	30,9
	Coeficiente de variação	0,59	0,28
Pará	Regressão linear simples	0,73 tempo (ano) - 421	1,2 tempo (ano) - 2411
	Coeficiente de adequabilidade	0,44	0,1
	Ângulo de inclinação linear em graus	36,43	50,3
	Coeficiente de variação	0,38	0,34
Tocantins	Regressão linear simples	0,86 tempo (ano) -1736	-0,5 tempo (ano) + 1027
	Coeficiente de adequabilidade	0,27	0,02
	Ângulo de inclinação linear em graus	41,01	-26,68
	Coeficiente de variação	0,38	0,36

OBS: Amapá (AP); Rondônia (RO), Roraima (RR) sem dados.

Fonte: Elaborado pela autora

A UF Acre (Tabela 1) em que a tendência linear no período de 2005 a 2012 era crescente, com ângulo de $32,20^\circ$, no período de 2013 a 2017 casos de câncer de colorretal com diagnóstico sem tratamento até 60 tornaram-se decrescente com o ângulo negativo de $47,70^\circ$, o que mostra que no primeiro período os casos estavam aumentando, enquanto no segundo período ocorreu uma redução. O primeiro período apresentou coeficiente de variação de 0,70 e 0,50, respectivamente, o que infere-se uma provável melhora na aplicação da lei. Logo, se a tendência é crescente antes da lei e torna-se decrescente após a lei há uma perspectiva na área da saúde, que os pacientes estão conseguindo iniciar o tratamento em tempo preconizado, de acordo com a lei. Analogamente, nota-se cenário semelhante na UF do Tocantins, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Sergipe, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina (Tabela 1, 2, 3, 4 e 5).

Tabela 2. Regressão Linear Simples para casos de câncer de colorretal com diagnóstico sem tratamento até 60 dias – Região Nordeste (continua)

Unidade da Federação por Região	Especificação	Estágio Inicial e Avançado	
		2005 a 2012	20013 a 2017
Alagoas (AL)	Regressão linear simples	-1,2 tempo (ano) + 2842	0,3 tempo (ano) - 586
	Coeficiente de adequabilidade	0,32	0,01
	Ângulo de inclinação linear em graus	-50,83	16,8
	Coeficiente de variação	0,29	0,27

Bahia(BA)	Regressão linear simples	5,5 tempo (ano) - 11074	3,5 tempo (ano) - 6949
	Coefficiente de adequabilidade	0,67	0,66
	Ângulo de inclinação linear em graus	79,76	74
	Coefficiente de variação	0,33	0,08
Ceará (CE)	Regressão linear simples	8,93 tempo (ano)- 17922	- 5,1 tempo (ano)+10349
	Coefficiente de adequabilidade	0,87	0,81
	Ângulo de inclinação linear em graus	83,61	-78,93
	Coefficiente de variação	0,85	0,16
Maranhão (MA)	Regressão linear simples	2,8 tempo (ano) - 5675	-0,2 tempo (ano) + 438
	Coefficiente de adequabilidade	0,67	0,02
	Ângulo de inclinação linear em graus	70,56	-11,43
	Coefficiente de variação	0,52	0,07
Paraíba (PB)	Regressão linear simples	2,4 tempo (ano) - 4769	-7,9 ano + 15928

	Coefficiente de adequabilidade	0,22	0,65
	Ângulo de inclinação linear em graus	67,22	-82,77
	Coefficiente de variação	0,83	0,36
Pernambuco (PE)	Regressão linear simples	3,9 tempo (ano) – 7755	-4,9 tempo (ano) + 9953
	Coefficiente de adequabilidade	0,63	0,58
	Ângulo de inclinação linear em graus	75,53	-78,5
	Coefficiente de variação	0,39	0,18
Piauí (PI)	Regressão linear simples	-5,2 tempo (ano) + 10555	-0,07 tempo (ano) + 167
	Coefficiente de adequabilidade	0,65	0
	Ângulo de inclinação linear em graus	-79,2	-3,89
	Coefficiente de variação	0,5	0,14
Rio Grande do Norte (RN)	Regressão linear simples	2,27 tempo (ano) + 6901	-1,8 tempo (ano) + 3696
	Coefficiente de adequabilidade	0,54	0,02

	Ângulo de inclinação linear em graus	66,19	-61,11
	Coefficiente de variação	0,21	0,44
Sergipe (SE)	Regressão linear simples	0,1 tempo (ano) -191	-0,5 tempo (ano) +1412
	Coefficiente de adequabilidade	0,02	0,72
	Ângulo de inclinação linear em graus	5,47	-26,58
	Coefficiente de variação	0,76	0,37

Fonte: Elaborado pela autora

Exemplificando o caso da UF Piauí (Tabela 2) em que , a tendência linear no período de 2005 a 2012 era decrescente, com ângulo de $-79,20^\circ$, enquanto no período de 2013-2017 também era decrescente com o ângulo $-3,89^\circ$ o que mostra que no primeiro período os casos estavam diminuindo, enquanto no segundo período manteve –se a tendência., tendo como coeficiente de variabilidade de 0,5 e 0,14, respectivamente. Neste cenário, há uma perspectiva na área da saúde que os pacientes já estavam tendo tratamento em até 60 dias em todo o período do tempo estudado.

Tabela 3. Regressão Linear Simples para casos de câncer de colorretal com diagnóstico sem tratamento até 60 dias – Região Centro Oeste

Unidade da Federação por Região	Especificação	Estágio Inicial e Avançado	
		2005 a 2012	2013 a 2017
Mato Grosso (MT)	Regressão linear simples	1,7 tempo (ano) - 3453	- 10,1 tempo (ano) - 20386
	Coefficiente de adequabilidade	0,32	0,5
	Ângulo de inclinação linear em graus	59,93	-84,35
	Coefficiente de variação	0,56	0,6
Mato Grosso do Sul (MS)	Regressão linear simples	2,8 tempo (ano) - 5768	- 4,7 tempo (ano) + 9487
	Coefficiente de adequabilidade	0,47	0,48
	Ângulo de inclinação linear em graus	70,86	-77,99
	Coefficiente de variação	0,82	0,59

Distrito Federal (DF)	Regressão linear simples	1,6 tempo (ano) - 3257	2 tempo (ano) - 4013
	Coefficiente de adequabilidade	0,55	0,03
	Ângulo de inclinação linear em graus	58,40	63,42
	Coefficiente de variação	0,87	0,93

OBS: Goiás (GO), sem dados.

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 4. Regressão Linear Simples para casos de câncer de colorretal com diagnóstico sem tratamento até 60 dias – Região Sudeste

Unidade da Federação por Região	Especificação	Estágio Inicial e Avançado	
		2005 a 2012	2013 a 2017
Espírito Santo (ES)	Regressão linear simples	4,1 tempo (ano) - 8207	4,0 tempo (ano) - 7962.23
	Coefficiente de adequabilidade	0,47	0,17
	Ângulo de inclinação linear em graus	76,31	75,93
	Coefficiente de variação	0,36	0,18

Minas Gerais (MG)	Regressão linear simples	29 tempo (ano) - 58053	18,2 tempo (ano) -3621
	Coeficiente de adequabilidade	0,75	0,44
	Ângulo de inclinação linear em graus	88,03	86,85
	Coeficiente de variação	0,28	0,09
Rio de Janeiro (RJ)	Regressão linear simples	2,6 tempo (ano) -5158	-13,1 tempo (ano) + 26446
	Coeficiente de adequabilidade	0,22	0,94
	Ângulo de inclinação linear em graus	68,91	-85,64
	Coeficiente de variação	0,25	0,56
São Paulo (SP)	Regressão linear simples	43,2 tempo (ano) - 85972	-82,9 tempo (ano) + 167939
	Coeficiente de adequabilidade	0,74	0,73
	Ângulo de inclinação linear em graus	88,67	-89,31
	Coeficiente de variação	0,15	0,16

Fonte: Elaborado pela autora

A UF Amazonas (Tabela 1), a tendência linear no período de 2005 a 2012 era decrescente, com ângulo de $-41,95^\circ$, enquanto no período de 2013-2017 tornou-se crescente com o ângulo de $30,98^\circ$, tendo como coeficiente de variabilidade de 0,59 e 0,28,

respectivamente. Neste cenário, observa-se uma piora na tendência de adequação a lei, havendo uma perspectiva na área da saúde, que os pacientes estavam recebendo o tratamento em tempo oportuno, porém após implementação da lei houve uma tendência a não adequação do tempo estipulado para o início do tratamento. Analogamente, observa-se cenário semelhante nas UF Alagoas. (Tabela 2).

Por fim, a UF do Pará (Tabela 1), apresentava a tendência linear no período de 2005 a 2012 de aspecto crescente, com ângulo de $36,43^\circ$, e no período de 2013 a 2017 a tendência crescente se manteve, com ângulo de $50,30^\circ$. Apresentam como coeficiente de variabilidade 0,38 e 0,34 respectivamente para os períodos estudados. Dessa forma, há uma perspectiva de que a UF apresenta uma tendência de não adequação a lei, não iniciando o tratamento no tempo previsto. Analogamente, observa-se cenário semelhante nas UF Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e no Distrito Federal (Tabelas 2,3,4,5).

Tabela 5. Regressão Linear Simples para casos de câncer de colorretal com diagnóstico sem tratamento até 60 dias – Região Sul

Unidade da Federação por Região	Especificação	Estágio Inicial e Avançado	
		2000 a 2012	20013 a 2017
Paraná (PR)	Regressão linear simples	25,7 tempo (ano) - 51549	22,2 tempo (ano) - 44379
	Coeficiente de adequabilidade	0,79	0,59

	Ângulo de inclinação linear em graus	87,78	87,42
	Coefficiente de variação	0,44	0,14
Rio Grande do Sul (RS)	Regressão linear simples	8,8 tempo (ano) - 17461	5,5 tempo (ano) - 10901
	Coefficiente de adequabilidade	0,58	0,06
	Ângulo de inclinação linear em graus	83,49	79,76
	Coefficiente de variação	0,18	0,13
Santa Catarina (SC)	Regressão linear simples	10,50 tempo (ano) - 21031	- 2,5 tempo (ano) + 5107
	Coefficiente de adequabilidade	0,69	0,02
	Ângulo de inclinação linear em graus	84,56	-68,13
	Coefficiente de variação	0,39	0,28

Fonte: elaborado pela autora

A tendência de adequação à Lei nº 12.732 de 2012 pelas Unidades Federativas brasileiras sob a ótica dos casos de câncer colorretal, a luz dos resultados contemplando, mostram que das 26 UF e o Distrito Federal, apenas 1, localizada na região Nordeste, já iniciavam o tratamento oncológico em até 60 dias (PI), mantendo a tendência decrescente. Após a implementação da lei, houve tendência de adequação de 13 UF de todas as regiões brasileiras, sendo elas (AC, TO, CE, MA, PB, PE, RN, SE, MS, MT, RJ, SP, SC), 9 UF não apresentaram

tendência a adequação (AM, PA, AL, BA, DF, ES, MG, PR, RS) mantendo a tendência crescente e 4 UF não foram passíveis de análise (RO,RR,GO,AP).

4) DISCUSSÃO

A lei nº 12.732 de 2012, não faz distinção entre o estadiamento da doença, sendo preconizado o acesso ao tratamento em tempo hábil, neste caso em até 60 dias a partir do diagnóstico. Desta forma foi analisado nesse estudo os casos iniciais e avançados juntos para ter o panorama geral do acesso ao tratamento no tempo preconizado a luz dos casos de câncer colorretal.

Sendo assim, os resultados da regressão linear no período estudado mostram que ao passar cinco anos da implementação da Lei nº 12.732 de 2012 foi benéfico, uma vez que aproximadamente metade das UF conseguiram manter um tendência decrescente em relação aos casos de câncer colorretal com diagnóstico e sem tratamento em até 60 dias. Importante ressaltar que o benefício do início do tratamento em tempo oportuno é o aumento de sobrevida do paciente e redução de custo para o sistema de saúde^(8,14). Por exemplo em estudo realizado mostra que o tratamento do câncer de cólon em estágio I é de R\$ 4,1mil, enquanto no estágio III é de R\$ 76,7mil⁽¹⁵⁾.

Entretanto, ainda há UF que não se apresentaram tendência de adequação a lei, o que demonstra a disparidade do SUS entre os estados, devido a uma distribuição desigual de recursos assistências, grande extensão geográfica do país, que gera diferentes condições de atendimento e demanda superior a capacidade do serviço, ocasionando uma demora no diagnóstico e tratamento ⁽¹⁶⁾. No SUS apenas de 53,4% dos pacientes com câncer colorretal são tratados dentro do intervalo de tempo de dois meses⁽¹⁷⁾.

Um outro estudo aborda que em um único centro especializado no diagnóstico e tratamento oncológico de São Paulo, com coleta de dados em 2014 considerando 101 participantes, objetivou identificar o tempo entre os sintomas, a busca por assistência e o início do tratamento em pacientes com câncer de estômago e colorretal e os fatores que interferiram nesses processos, observou-se que os participantes relataram ter levado em média quatro meses entre o diagnóstico e o início do tratamento, período no qual a Lei dos 60 dias já estava em vigência⁽¹⁶⁾. Entretanto, no presente estudo no período de 2013 a 2017, São Paulo apresentou uma tendência decrescente indicando uma tendência de adequação a lei.

Dentre dificuldades do acesso ao tratamento no tempo preconizado pela lei e consequentemente a adequação das Unidades Federativas cita-se a demora no sistema de encaminhamento e agendamento de consultas, infraestrutura e capacidade de atendimento para oncologia. Em relação aos profissionais, uma análise da proporção de pacientes por oncologista encontra um déficit para suprir a demanda de atendimento principalmente no Norte e Nordeste. A concentração de oncologista encontra-se majoritariamente nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. A falta de oncologista implica na necessidade de deslocamento dos pacientes, para conseguirem receber tratamento e acompanhamento adequado⁽¹⁷⁾.

Em relação ao acesso ao tratamento quimioterápico também há um déficit no número de salas de quimioterapia, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, 63,1% das regiões não tem salas de quimioterapia, sendo 17,3% com quantidade satisfatória das mesmas. No que tange o tratamento radioterápico, o cenário é ainda mais grave. Apenas 6,9% das regiões de saúde do país apresentam quantidade satisfatória de aparelho de radioterapia, além da carência de equipe especializada em nesta especialidade. Novamente, as regiões que apresentam maior concentração são o Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Especificamente para os casos de câncer colorretal o início de tratamento com radioterapia ocorre em cerca de 85 dias⁽¹⁷⁾.

Apesar do menor quantitativo de oncologistas, salas de quimioterapia e aparelhos de radioterapia estarem vinculados ao Norte e o Nordeste, neste estudo observou que dos nove estados da região Nordeste, seis conseguiram demonstrar uma tendência favorável de adequação a lei (Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte e Sergipe), enquanto que o total de quatro estados das regiões Centro – Oeste, Sudeste e Sul (Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul) e o Distrito Federal mesmo estando localizado nas regiões com maior cobertura de profissionais e de modalidades terapêuticas, não demonstraram uma tendência de adequação favorável à lei durante o período estudado.

Um fator que pode ter favorecido a tendência de adequação das UF a lei, foi o aumento das unidades CACON/UNACON. Em 2011, possuía 264 unidades especializadas⁽⁸⁾, atualmente segundo o Ministério da Saúde, há 309 hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia no SUS. Nas regiões Norte, Nordeste, Centro – Oeste, Sudeste e Região Sul concentram-se 13, 59, 20,146 e 71 unidades de atendimento, respectivamente⁽¹⁸⁾.

Segundo o relatório do Tribunal de Contas da União sobre avaliação do cumprimento do disposto na lei 12.372/2012 no Sistema Único de Saúde – SUS ⁽¹²⁾ -, divulgado em 2013 no período de 2009 a 2011, os casos passaram o tempo de 60 dias entre o diagnóstico e início do tratamento. No período de 2012 e 2013 observa-se inconsistência dos dados exemplificado pelo total de casos do tempo entre o diagnóstico e tratamento até 60 dias, no Paraná apresentando o total de casos de 1.676 neste período e Minas Gerais, apenas três. Não sendo passível de uma análise mais detalhada, sugere-se que medidas sejam adotadas para assegurar a efetividade do Registro Hospitalar de Câncer. Tais inconsistências podem ser observadas neste estudo, pois não foi possível analisar os dados do Amapá, Rondônia, Roraima e Goiás por falta de informação no relatório de tempo, mostrando que mais esforços devem ser realizados para a melhorar o registro para que se possa extrair indicadores mais fidedignos para a análise da conjuntura do acesso ao tratamento de câncer no Brasil.

O presente estudo apresenta limitações devido à base de dados utilizada na regressão linear. Cabe esclarecer que ao se utilizar uma base de dados secundários, relatório de tempo do Registro Hospitalar de Câncer, observou-se falhas de registro, além do relatório emitido não exibir os casos com diagnóstico e com tratamento em até 60 dias. Como exemplo, um estudo realizado por Oliveira ⁽¹⁹⁾, sobre o RHC em Pernambuco mostra que no período de 2012, os registros do estado apresentavam baixa qualidade de informação devido atraso na coleta, processamento e envio dos dados, deficiência de recursos humanos, subnotificação e incompletude das informações. Outro aspecto que pode influenciar o resultado nessa tendência de adequação das UF a lei dos 60 dias e que deve ser em considerado é a ocorrência do tratamento fora de domicílio, pois os casos serão registrados na unidade/estado em que o paciente está realizando seu tratamento o que pode não corresponder a seu estado de origem, não sendo possível detectar esta variável ao utilizar bases de dados secundária.

Assim, o monitoramento constante da adesão pelas UF a lei 12.732 se faz necessário. Além disso, o presente estudo demonstra a heterogeneidade do SUS entre as UF, tendo influência direta no tempo de início do tratamento nos casos de câncer colorretal, sendo necessário elaboração de estratégias e aumento de investimento na rede de atenção oncológica para minimizar inconsistências.

5) CONCLUSÃO

Os casos de câncer colorretal tendem a aumentar no Brasil conforme a estimativa de 2020 a 2022. Nesse contexto, o início do tratamento em tempo oportuno se torna fundamental para proporcionar maior sobrevida e reduzir custos. Conforme exposto pelos relatórios do TCU, o Brasil ainda encontra dificuldades no enfrentamento ao combate ao câncer, principalmente no que tange a questões estruturais. Entretanto, medidas como a implementação da lei nº 12.732/12 buscou otimizar o cenário da oncologia no país.

Foi possível observar que deve haver uma melhora no abastecimento da base de dados do RHC, para que seja possível ter dados mais fidedignos para uma vigilância epidemiológica, bem como traçar novas estratégias de combate ao câncer.

Dessa forma, este estudo demonstrou a tendência de adequação das Unidades Federativas no Brasil a lei apresenta uma evolução favorável, uma vez que cerca de metade das UF demonstraram adequação no período estudado. Observa-se também que esta adequação foi heterogênea dentro das próprias regiões geográficas-político-administrativas brasileiras, pois na mesma região uns estados se adequaram e outros não, o que ressalta que mesmo o Brasil possuindo um sistema único em saúde, apresenta heterogeneidade na cobertura e assistência ao paciente oncológico, o que influencia o tempo de início de tratamento.

6) REFERÊNCIAS

1 – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Observatory data. Disponível em <
<https://www.who.int/gho/ncd/en/>>

2- BRAY, F; FERLAY, J; SOERJOMATARAM, I; SIEGEL, R.L; TORRE, L; JEMAL, A.
Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide
for 36 cancers in 185 countries. CA CANCER J CLIN
;68:39424,2018. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>

- 3- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Colorectal Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 17,2019. ISBN-13: 978-92-832-3022-9. Disponível em < <http://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Colorectal-Cancer-Screening-2019>>
- 4- INCA. Estimativa 2020. Incidência de Câncer no Brasil. 2019. ISBN 978-85-7318-389-4. Disponível em < <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>>
- 5- BRASIL. Caderno de atenção primeira. Rastreamento, 2010. ISBN 978-85-334-1729-8. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf>
- 6 -BRASIL. Portaria nº 2.439 DE DE 08 DE DEZEMBRO DE 2005. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html>
- 7- BRASIL. Portaria Nº 874, De 16 De Maio De 2013 DISPONÍVEL EM < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html> Acessado em 21/06/2019
- 8- BRASIL. TCU. Relatório De Auditoria Operacional - Política Nacional de Atenção Oncológica , Brasília, 2011 Disponível em <<https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327C1CB5497>>
9. BRASIL. Lei Nº 12.732, De 22 de Novembro de 2012. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm>
- 10- BRASIL. Portaria nº 876, de 16 de Maio de 2013. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html>

11- 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. Rio de Janeiro. 2012 Disponível em <

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//informacao-dos-registros-hospitalares-de-cancer-como-estrategia-de-transformacao.pdf>>

12- BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Solicitação De Fiscalização No Sistema Único De Saúde - Sus. Avaliação Do Cumprimento Do Disposto Na Lei 12.372/2012. 2013. Disponível em <

<https://contas.tcu.gov.br/etcu/ObterDocumentoSisdoc?seAbrirDocNoBrowser=true&codArqCatalogado=7106218>>

13- INCA. Registros Hospitalares De Câncer – Planejamento e Gestão. 2ª ed. Rio de Janeiro, 2010. ISBN 978-85-7318-165-4. Disponível em <

<https://www.inca.gov.br/publicacoes/manuais/registros-hospitalares-de-cancer>>

14 -GASPARINI, B.; VALADO, M; MIRANDA-FILHO, A; SILVA, C.M.F.P. Análise do efeito idade-período-coorte na mortalidade por câncer colorretal no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, no período 1980 a 2014. Cad. Saúde Pública 2018; 34(3):e00038017. doi:

10.1590/0102-311X00038017. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00038017.pdf>>

15- OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA. Quanto custa tratar um paciente com câncer em 2016. 2016. Disponível em [https:// observatoriodeoncologia.com.br/quanto-custa-tratar- um-paciente-com-cancer-no-sus-em-2016/](https://observatoriodeoncologia.com.br/quanto-custa-tratar-um-paciente-com-cancer-no-sus-em-2016/)

16-VALLE, T.D; TURRINI, R.N.T; POVEDA, V.B. Fatores intervenientes para o início do tratamento de pacientes com câncer de estômago e colorretal. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2017;25:e2879. DOI: 10.1590/1518-8345.1493.2879. Disponível em <
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2879.pdf>

17-INTERFARMA. Câncer no Brasil- A jornada do paciente no sistema de saúde e seus impactos sociais e financeiros. 2019. Disponível em <
<https://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/cancer-no-brasil-n-a-jornada-do-paciente-no-sistema-de-saude-e-seus-impactos-sociais-e-financeiros-interfarma.pdf> >

18- BRASIL. “Descobri um nódulo no seio”. Como ser atendida no SUS? 2019 Disponível em <
<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45941-descobri-um-nodulo-no-seio-como-ser-atendida-no-sus>>

19- OLIVEIRA, A.S; VASCONCELOS,M.M.N; ABATH.M.B; et al. Registros Hospitalares de Câncer em Pernambuco: da Gestão ao Registro. Revista Brasileira de Cancerologia 2017; 63(1): 21-28. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2017v63n1.152>

ANEXO

Instruções para os Autores – Revista Brasileira de Cancerologia

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE CADA SEÇÃO

2. Resumo e descritores (palavras-chave)

Todos os artigos deverão conter resumos estruturados em português, inglês e espanhol, acompanhados dos descritores nos respectivos idiomas. A terminologia para os descritores deve ser

denominada no artigo como a seguir: palavras-chave, key words e palabras clave. Cada resumo deverá conter no mínimo 150 e no máximo 250 palavras. Os descritores são palavras fundamentais que auxiliam na indexação dos artigos em bases de dados nacionais e internacionais. Para determinar os descritores, deve-se consultar a lista de “descritores em ciências da saúde” ([Decs-LILACS](http://decs.bvs.br) - <http://decs.bvs.br>) elaborada pela Bireme. Os resumos devem vir acompanhados de no mínimo três e no máximo cinco descritores. No resumo, não devem ser feitas citações de referências, bem como quadros, tabelas ou figuras. As abreviaturas devem ser evitadas.

3. Introdução

O referencial teórico e as razões para executar a pesquisa devem estar detalhados de forma objetiva e clara. Citar referências atuais e pertinentes. Deve conter o(s) objetivo(s) da pesquisa.

4. Método

Deve ser claramente descrito como e por que o estudo foi realizado. O detalhamento de como o estudo foi realizado deve permitir que o leitor possa reproduzir a pesquisa realizada. O método

inclui a descrição de delineamento, de seleção dos sujeitos da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão e a descrição da população- alvo, das técnicas de coleta, das variáveis coletadas, análise e interpretação dos dados.

Nos estudos quantitativos, os métodos estatísticos devem ser descritos com detalhes suficientes para que o leitor possa julgar sua adequação e conferir os resultados. Definir os termos estatísticos, as abreviações e símbolos. Se for usado algum pacote de programa estatístico, especifique a versão utilizada.

Nos estudos qualitativos, detalhar a teoria, as fontes de informação, os sujeitos da pesquisa (quando pertinente), e as técnicas empregadas para coleta, síntese e análise. Quando forem relatados experimentos com seres humanos, indicar se os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os padrões éticos do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em seres humanos da instituição que aprovou a pesquisa, com a Declaração de Helsinque (última versão de 2013) e com as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Não usar os nomes dos pacientes, iniciais ou números de registro, especialmente no material ilustrativo. No caso de experimentos envolvendo animais, indicar se foram seguidas as normas das instituições, dos Conselhos Nacionais de Pesquisa ou de alguma lei nacional sobre uso e cuidado com animais de laboratório.

Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o [PROSPERO](#). Dessa seção, também faz parte a menção do documento indicando o número de protocolo do CEP da instituição a que se vinculam os autores e que aprovou o estudo realizado, quando pertinente.

5. Resultados

Apresentar os resultados relevantes de acordo com o objetivo do trabalho e registrando primeiro os resultados principais ou os mais importantes. Devem ser descritos somente os resultados encontrados, sem incluir interpretações ou comparações. Fornecer as informações referentes aos desfechos primários e secundários identificados na seção de métodos.

Apresentar os resultados, tabelas e ilustrações em sequência lógica, atentando para que o texto complemente e não repita o que está descrito em tabelas e ilustrações. Restringir tabelas e ilustrações àquelas necessárias para explicar o argumento do artigo e para sustentá-lo. Usar gráficos como uma alternativa às tabelas com muitas entradas; não duplicar os dados em gráficos e tabelas.

Evitar uso de termos técnicos de estatística, tais como: “random” (que implica uma fonte de aleatorização), “normal”, “significante”, “correlação” e “amostra” de forma não técnica. Definir os termos estatísticos, abreviações e símbolos.

6. Discussão

Deve conter a interpretação dos autores, comparar os resultados com a literatura, relacionar as observações a outros estudos relevantes, apontar as limitações do estudo, enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas, incluindo sugestões para pesquisas futuras.

A discussão, eventualmente, pode ser redigida junto com os resultados se for de preferência do autor, em especial nos estudos qualitativos.

Não repetir em detalhe dados ou outros materiais colocados nas seções de “introdução” ou “resultados”.

7. Conclusão

Deve ser fundamentada nos resultados encontrados e vinculada aos objetivos do estudo. Afirmações não qualificadas e conclusões não apoiadas por completo pelos dados não devem constar dessa seção. Na conclusão, não devem ser feitas citações de referências, bem como quadros, tabelas ou figuras.

8. Referências

Devem ser numeradas no texto por números arábicos, em sobrescrito (ex.: A extensão da sobrevivência, entre outros¹), de forma consecutiva, de acordo com a ordem que são mencionadas pela primeira vez no texto e sem menção aos autores. A mesma regra aplica-se às

tabelas e legendas. Quando as citações forem sequenciais, devem ser separadas por um traço (³⁻⁷). Se forem intercaladas, devem ser separadas por vírgula (^{1,4,6,9}). Sequenciais com apenas duas citações devem ser separadas por vírgula (^{3,4}).

As referências devem ser verificadas nos documentos originais. Quando se tratar de citação de uma referência citada por outro autor deverá ser utilizado o termo “apud”. No entanto, esta possibilidade deve ser evitada ou empregada limitadamente. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Deve-se constar apenas referências relevantes e que realmente foram utilizadas no estudo. Não há limites quanto ao número de referências. Porém, a quantidade de palavras será contabilizada no total permitido para cada tipo de manuscrito. As referências devem seguir os padrões resumidos no documento original em inglês do ICMJE intitulado Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals: Sample References (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) ou os padrões apresentados na íntegra na publicação Citing Medicine 2nd Edition (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>) (conhecidos como ‘Estilo de Vancouver’).

Serão apresentadas as ocorrências mais comuns de referências por tipos de material referenciado. Algumas observações listadas a seguir são fruto de ocorrências em artigos de periódicos submetidos à publicação.

Para a padronização dos títulos dos periódicos nas referências, é utilizado como guia o LocatorPlus1, fonte de consulta da National Library of Medicine, que disponibiliza, na opção Journal Title, o título e/ou a abreviatura utilizada. Em algumas fontes, o título já vem padronizado (PubMed, LILACS e MEDLINE). Caso não seja utilizada a forma padrão dê preferência, informá-lo por extenso evitando utilizar uma abreviatura não padronizada que dificulte sua identificação. Para a indicação de autoria, incluem-se os nomes na ordem em que aparecem na publicação até seis autores, iniciando-se pelo sobrenome seguido de todas as iniciais dos prenomes separando cada autor por vírgula (1). No caso de a publicação apresentar mais de seis autores, são citados os seis primeiros; utiliza-se vírgula seguida da expressão et al. (2). Quando o sobrenome do autor incluir grau de parentesco – Filho, Sobrinho, Júnior, Neto - este deve ser subsequente ao último sobrenome: João dos Santos de Almeida Filho - Almeida Filho JS, José Rodrigues Junior – Rodrigues Junior.

Para padronização de títulos de trabalhos, utilizam-se letras minúsculas em todo o período, com exceção da primeira palavra que começa, sempre, com letra maiúscula. Fogem à regra nomes próprios: nomes de pessoas, nomes de ciências ou disciplinas, instituições de ensino, países, cidades ou afins, e nomes de estabelecimentos públicos ou particulares.

9. Tabelas

As tabelas são utilizadas para exibir informações de maneira concisa e de fácil visualização. A inclusão de dados ou informações em tabelas, em vez de descritas no texto tem como finalidade reduzir o tamanho do texto.

Numerar as tabelas sequencialmente de acordo com a ordem de sua citação no texto e dar um título curto a cada uma. As tabelas deverão ser apontadas no corpo do texto, porém enviadas em laudas separadas. Definir para cada coluna um cabeçalho abreviado ou curto. Colocar as explicações no rodapé das tabelas e não no cabeçalho. Explicar, em notas de rodapé, todas as abreviações não padronizadas usadas em cada tabela. Utilizar símbolos para explicar as informações (letras do alfabeto ou símbolos como *, §, †, ‡).

Não enviar as tabelas como imagem para que seja possível proceder à sua edição. Identificar medidas estatísticas de variações, tais como: desvio-padrão e erro-padrão. Constatar que cada tabela esteja citada no texto por sua numeração e não por citação como: tabela a seguir, tabela abaixo.

Se forem usados dados de outra fonte, publicada ou não, obter autorização e agradecer por extenso. O uso de tabelas grandes ou em excesso, em relação ao texto, pode produzir dificuldade na forma de apresentação das páginas.

11. Nomenclatura

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biomédica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Recomenda-se que, no uso dos principais vocábulos relacionados ao câncer, sejam adotados os

conceitos dos glossários temáticos Controle de Câncer (http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_controle_cancer.pdf) e Fatores de Proteção e de Risco de Câncer (<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/glossario-tematico-fatores-protecao-cancer.pdf>). Recomenda-se também evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. Siglas ou acrônimos só devem ser empregados quando forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito. Exemplos de siglas consagradas: ONU, HIV, aids. Confira o Siglário Eletrônico do Ministério da Saúde (<http://bvsm2.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=44&item=115>).

Os originais em língua portuguesa deverão estar em conformidade com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (http://www.academia.org.br/sites/default/files/conteudo/o_acordo_ortogr_fico_da_lngua_portuguesa_anexoi_e_ii.pdf).