

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

janeiro/fevereiro/março/2017

63₁

Rio de Janeiro, RJ

2017 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/ Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. A reprodução, adaptação, modificação ou utilização deste conteúdo, parcial ou integralmente, são expressamente proibidas sem a permissão prévia, por escrito, do INCA e desde que não seja para qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Área Temática Controle de Câncer da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/MS) (http://bvsm.sau.gov.br/bvs/controle_cancer), no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br/rbc>) e no portal da CAPES (www.periodicos.capes.gov.br). A revista também está indexada na base de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde).

Ao enviar o manuscrito, os autores concordam em ceder os direitos de cópia para a Revista Brasileira de Cancerologia (RBC), incluindo o direito exclusivo de produção, reprodução e distribuição do artigo. Os autores são responsáveis exclusivos pelas informações e opiniões expressas nos trabalhos.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações – 4.0 Internacional.

Tiragem: 2.600 exemplares

Revista Brasileira de Cancerologia (ISSN 0034-7116), Brasil.

O INCA é responsável pela edição trimestral da RBC, cujo objetivo é publicar trabalhos relacionados a todas as áreas do Controle do Câncer. A Revista é aberta para a Sociedade Brasileira de Cancerologia, Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, Sociedade de Oncologia Pediátrica, Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica, Colégio Brasileiro de Radiologia - Setor de Radioterapia - e Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica.

A RBC é distribuída gratuitamente para hospitais gerais, universitários e de oncologia, faculdades, bibliotecas nacionais e internacionais, hemocentros, clínicas de oncologia e para profissionais da área.

Todos os manuscritos, dúvidas de editoração, mudanças de endereço, solicitação de recebimento da RBC e reclamações devem ser enviados para o endereço da Revista.

<p>ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES MINISTÉRIO DA SAÚDE Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) Revista Brasileira de Cancerologia Rua Marquês de Pombal, 125 - 2º andar - Centro 20230-240 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil Tel.: (21) 3207-6009 Fax: (021) 3207-6068 E-mail: rbc@inca.gov.br</p> <p>EDIÇÃO COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica Rua Marquês de Pombal, 125 - Centro - 20230-240 - Rio de Janeiro - RJ Tel.: (21) 3207-6009</p>	<p>EQUIPE EDITORIAL Editor Científico: Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva Editor Executivo: Giovani Miguez Assistente de Edição: Luiz Paulo Labrego de Matos Produção Editorial e Revisão: Maria Helena Rossi Oliveira Projeto Gráfico e Diagramação: Cecília Pachá Revisão de Inglês e Espanhol: IAANS Jornalista Responsável: Taís Facina Normalização Bibliográfica: Marcus Vinícius Silva CRB-7/6619 Ficha Catalográfica e Índices: Kátia Simões CRB-7/5952</p>
--	--

CONSELHO EDITORIAL		
Ademar Lopes, São Paulo, SP Ana LA Eisenberg, Rio de Janeiro, RJ Ângela Coe C Silva, Rio de Janeiro, RJ Anke Bergmann, Rio de Janeiro, RJ Anna Maria C Araújo, Rio de Janeiro, RJ Antônio A O Souza, Rio de Janeiro, RJ Beatriz de Camargo, São Paulo, SP Carlos Eduardo Pinto, Rio de Janeiro, RJ Carlos Gil Ferreira, Rio de Janeiro, RJ Carlos Henrique Menke, Porto Alegre, RS Cristiane S Lourenço, Rio de Janeiro, RJ Daniel Goldberg Tabak, Rio de Janeiro, RJ Denise M Moreira, Rio de Janeiro, RJ Edson Toscano Cunha, Rio de Janeiro, RJ Fermin Roland Schramm, Rio de Janeiro, RJ Fernando Luiz Dias, Rio de Janeiro, RJ Gilberto Schwartzmann, Porto Alegre, RS Hector NS Abreu, Rio de Janeiro, RJ Helôisa A Carvalho, São Paulo, SP	Jane de Almeida Dobbin, Rio de Janeiro, RJ José Carlos do Valle, Rio de Janeiro, RJ Leticia M Boechat Andrade, Rio de Janeiro, RJ Luiz Souhami, Quebec, Canadá Luiz Claudio Santos Thuler, Rio de Janeiro, RJ Luiz Otávio Olivatto, Rio de Janeiro, RJ Luiz Paulo Kowalski, São Paulo, SP Marceli O Santos, Rio de Janeiro, RJ Marcello Barcinski, Rio de Janeiro, RJ Marcelo Gurgel C Silva, Fortaleza, CE Marcia Fróes Skaba, Rio de Janeiro, RJ Maria da Penha Silva, Rio de Janeiro, RJ Maria Gaby R Gutiérrez, São Paulo, SP Maria Izabel S Pinel, Rio de Janeiro, RJ Maria S Pombo Oliveira, Rio de Janeiro, RJ Mario Brock, Berlim, Alemanha Mario Eisenberger, Baltimore, USA Mauro Monteiro, Rio de Janeiro, RJ	Miguel Guizzardi, Rio de Janeiro, RJ Milton Rabinowitz, Rio de Janeiro, RJ Neli Muraki Ishikawa, Brasília, DF Nivaldo Barroso de Pinho, Rio de Janeiro, RJ Paulo Eduardo Novaes, Santos, SP Pedro A O Carmo, Rio de Janeiro, RJ Raquel Ciuvalschi Maia, Rio de Janeiro, RJ Regina Moreira Ferreira, Rio de Janeiro, RJ Renato Gonçalves Martins, Rio de Janeiro, RJ Ricardo Pasquini, Curitiba, PR Roberto A Lima, Rio de Janeiro, RJ Rossana Corbo Mello, Rio de Janeiro, RJ Sílvia Regina Brandalise, Campinas, SP Sima Esther Ferman, Rio de Janeiro, RJ Tânia Chalhub, Rio de Janeiro, RJ Vera Luiza da Costa e Silva, Rio de Janeiro, RJ Vivian Rumjanek, Rio de Janeiro, RJ Walter Gouveia, Rio de Janeiro, RJ

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Gráfica: Fox Print

Títulos para indexação
Em inglês: Brazilian Journal of Oncology
Em espanhol: Revista Brasileña de Cancerología

A Revista Brasileira de Cancerologia é filiada à
Associação Brasileira de Editores Científicos.



REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

v.63 n.1 2017

SUMÁRIO CONTENTS SUMARIO

EDITORIAL EDITORIAL EDITORIAL

5

POSICIONAMENTO DO INCA INCA POSITION PAPER POSICIONAMIENTO DEL INCA

Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva acerca do Sobrepeso e Obesidade*National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva Position Paper about Overweight and Obesity*

Posicionamiento del Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva sobre el Sobrepeso y la Obesidad

7

ARTIGOS ARTICLES ARTÍCULOS

Implantação do Tratamento do Tabagismo em Pernambuco a partir de 2013

13

Implantation of Smoking Treatment in Pernambuco from 2013

Implantación del Tratamiento de Tabaquismo en Pernambuco a partir de 2013

Letícia Mirely Andrade de Oliveira; Emmanuely Correia de Lemos; Sandra Luzia Barbosa de Souza; Maria das Graças Galvão Maciel; Isabella Martins Barbosa da Silva Paes; Flávia Karina Wanderley dos Reis

Registros Hospitalares de Câncer em Pernambuco: da Gestão ao Registro

21

Hospital-Based Cancer Registries in Pernambuco: from Management to Registry

Registros Hospitalares de Câncer em Pernambuco: de la Administración a el Registro

Andrea Santos de Oliveira; Marcela Maria Nassar de Vasconcelos; Marcella de Brito Abath; Isabella Martins Barbosa da Silva Paes; Emmanuely Correia de Lemos

Desafios à Integralidade da Assistência em Cuidados Paliativos na Pediatria Oncológica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

29

Challenges to the Integrality of Assistance in Palliative Care in the Pediatric Ward of the National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva

Desafios a la Integralidad de la Asistencia en Cuidados Paliativos en la Pediatría Oncológica del Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

Gabrieli Branco Martins; Senir Santos da Hora

RESUMO DE DISSERTAÇÃO SUMMARY OF DISSERTATION RESUMEN DE MONOGRAFIA

Proteção Social Dirigida às Mulheres com Câncer de Mama: um Estudo Exploratório

39

Social Protection for Women with Breast Cancer: an Exploratory Study

Protección Social Dirigida a las Mujeres con Câncer de Mama: un Estudio Exploratorio

Thaislayne Nunes de Oliveira; Mônica de Castro Maia Senna

RESENHA REVIEW RESEÑA

Guide to Cancer Early Diagnosis

41

Guia para o Diagnóstico Precoce do Câncer

Guía para el Diagnóstico Temprano del Câncer

Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva

10º Encontro do Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea e Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical & 15ª Jornada de Atualização em Transplantes de Células-Tronco Hematopoéticas	43
<i>10th Meeting of the National Registry of Bone Marrow Voluntary Donors and Public Umbilical Cord Blood Banks and 15th Journey of Update in Hematopoietic Stem Cell Transplants</i>	
10º Encuentro del Registro Nacional de Donantes Voluntarios de Medula Ósea y Bancos Públicos de Sangre de Cordón Umbilical y 15ª Jornada de Actualización en Trasplantes de CélulasTronco Hematopoyéticas	
INSTRUÇÕES PARA AUTORES <i>INSTRUCTIONS FOR AUTHORS</i> INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES	55

Editorial 63-1

Prezados leitores,

O volume 63, número 1, da Revista Brasileira de Cancerologia (RBC), traz um posicionamento institucional, três artigos originais, um resumo de dissertação, uma resenha e dez resumos do *10º Encontro Nacional de Doadores de Medula Óssea e Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical e 15ª Jornada de Atualização em Transplantes de Células-Tronco Hematopoéticas*.

No Brasil, o câncer é a segunda causa de morte e a expectativa é de que supere as doenças cardiovasculares como principal causa de morte nas próximas décadas. Aproximadamente 13% dos cânceres no Brasil poderiam ser evitados somente pelo controle da gordura corporal (excesso de peso e obesidade). Em um cenário em que mais de 50% dos adultos possuem excesso de peso, é mais que necessária a publicação do “Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva acerca do Sobrepeso e Obesidade” em 2017. O documento contém diversas informações relevantes sobre esse importante fator de risco para o câncer em nossa população, além de contextualizar as diversas estratégias para seu enfrentamento, destacando o papel fundamental de políticas públicas para a redução da epidemia de obesidade no país.

Os artigos originais possibilitam reflexões importantes sobre três questões essenciais no controle do câncer no Brasil. O artigo “Implantação do Tratamento do Tabagismo em Pernambuco a partir de 2013” reforça o papel do gestor estadual na implantação, monitoramento e avaliação das estratégias de tratamento do tabagismo, em especial nas estratégias de educação permanente.

O artigo “Registros Hospitalares de Câncer em Pernambuco: da Gestão ao Registro” aborda um tema caro ao controle do câncer, sob a perspectiva do gestor, que é a vigilância dos casos de câncer na população. Os registros de câncer hospitalares são fontes de informações valiosas para os gestores e profissionais de saúde e devem ser objeto de investimento por parte das secretarias de saúde em todo o país.

O artigo “Desafios à Integralidade da Assistência em Cuidados Paliativos na Pediatria Oncológica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva” procura identificar e refletir sobre os desafios, elencados pela equipe multiprofissional da pediatria oncológica do INCA, que interferem na integralidade da assistência em cuidados paliativos. Embora o câncer pediátrico represente uma parcela muito pequena dos casos de câncer numa população, sua especificidade impõe aos cuidadores (profissionais e familiares) um conjunto de desafios ainda pouco estudados em nosso contexto.

O resumo de dissertação “Proteção Social Dirigida às Mulheres com Câncer de Mama: um Estudo Exploratório” reforça a preocupação com os aspectos de suporte e proteção social dos pacientes acometidos por câncer. Em países de média e baixa rendas, onde os mecanismos estatais de suporte e proteção social ainda são frágeis ou inexistentes, a rede de apoio de familiares e amigos é fundamental para o enfrentamento da doença.

A resenha da publicação da Organização Mundial da Saúde “Guide to Cancer Early Diagnosis”, lançada em 2017, destaca o papel central das ações de diagnóstico precoce do câncer em países onde o diagnóstico do câncer geralmente ocorre com a doença em estágio avançado. Em um contexto nacional no qual os sistemas locais de saúde são caracterizados pelo atraso no diagnóstico e pela incapacidade de acesso ao tratamento em tempo útil, a publicação é mais que bem-vinda.

Por fim, fechamos esta edição com a publicação dos dez trabalhos selecionados no *10º Encontro Nacional de Doadores de Medula Óssea e Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical e 15ª Jornada de Atualização em Transplantes de Células-Tronco Hematopoéticas*, no Rio de Janeiro.

Uma ótima leitura!


Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva
 Editor Científico - RBC

Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva acerca do Sobrepeso e Obesidade

National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva Position Paper about Overweight and Obesity

Posicionamiento del Instituto Nacional de Cáncer José Alencar Gomes da Silva sobre el Sobrepeso y la Obesidad

Unidade Técnica de Alimentação, Nutrição e Câncer da Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: maria.melo@inca.gov.br.

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), órgão específico e singular do Ministério da Saúde, conforme o Decreto Presidencial nº 8.901, de 10 de novembro de 2016, em consonância com suas competências, desenvolve e supervisiona ações integradas, em âmbito nacional, para prevenção e controle de neoplasias malignas.

Nessa perspectiva, o INCA vem trabalhando ao longo dos últimos anos, na agenda da alimentação e nutrição, com vistas ao reconhecimento social da estreita relação entre alimentação, nutrição, atividade física e câncer; promoção da alimentação saudável e adequada; e participação na formulação e integração de políticas que convergem para a prevenção de câncer, por meio da alimentação e nutrição.

Considerando as atuais evidências científicas, que demonstram clara associação entre o sobrepeso e obesidade com o aumento do risco de diversos tipos de câncer, bem como a epidemia de excesso de peso corporal registrada hoje no país, o INCA coloca esse tema como prioritário em sua agenda.

O Instituto tem participado de diferentes grupos de trabalho que discutem estratégias de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade, com vistas a subsidiar ações e políticas sobre a matéria. Destaca-se aqui sua atuação no Comitê Técnico da Estratégia da Prevenção e Controle da Obesidade, da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional, vinculada ao Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, bem como no Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea).

Nesse contexto, contribuiu na construção do Plano de Ações Estratégicas de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil (2011-2022), no qual a redução da prevalência de sobrepeso e obesidade configura uma das metas nacionais.

Ademais, vem desenvolvendo, em âmbito nacional, diversas ações educativas e de comunicação, visando a sensibilizar tanto a população geral quanto os profissionais de saúde acerca do tema. Em 2016, no evento “Nós podemos, eu posso: atitudes saudáveis para o controle do câncer”, em comemoração ao Dia Mundial do Câncer, promoveu o debate aberto com a sociedade sobre o problema da obesidade e do consumo de alimentos ultraprocessados na incidência de câncer. Bem a propósito, explicitou também a relação entre a prática de atividade física e a prevenção da doença.

Em 2017, realizou o evento “A Saúde está na Mesa: Obesidade, Alimentação e Câncer no Contexto Atual”, com referências nacionais e internacionais da área de alimentação e nutrição, ampliando o debate sobre obesidade e má alimentação e suas implicações na incidência e sobrevida dos pacientes com câncer, salientando a importância de ambientes que favoreçam escolhas alimentares saudáveis.

Este documento é a posição oficial do INCA em relação ao sobrepeso e à obesidade, com vistas a informar a sociedade sua estreita relação com o desenvolvimento do câncer.

O posicionamento está embasado no Relatório da Comissão para o Fim da Obesidade Infantil¹, no Plano de Implementação² desse relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), discutido pelos Estados-Membros na Assembleia Mundial da Saúde em 2017, e no Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes³ da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS, 2014). Outrossim, o documento está alinhado aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas, e ao Plano de Ação Global para Prevenção e Controle de Doenças não Transmissíveis (2013-2020)⁴ da OMS.

Afirma com ênfase o apoio do Instituto em intervenções recomendadas pela OMS e OPAS/OMS que favorecem escolhas alimentares saudáveis, tais como: o aumento da tributação de bebidas açucaradas e adoçadas com adoçantes não calóricos ou de baixa caloria; restrição da publicidade e promoção de alimentos e bebidas não saudáveis dirigidas ao público infantil; restrição da oferta de alimentos e bebidas ultraprocessados nas escolas e aprimoramento das normas de rotulagem de alimentos^a para deixar a informação mais compreensível e acessível ao consumidor, incluindo um modelo de advertências textuais frontais nas embalagens que indique, por meio de mensagens diretas, os alimentos e bebidas que contêm altos teores de açúcar, sódio, gordura, gordura saturada e caloria e que têm aditivos químicos, edulcorantes e gordura trans; tudo como parte das ações integradas, e, em curso, de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade.

Destaca-se que o câncer representa a segunda causa de morte no Brasil, com aproximadamente 200 mil óbitos por ano⁵, sendo esperados, para o ano de 2017, quase 600 mil novos casos desse grupo de doenças⁶. Estima-se que somente por meio da alimentação saudável, prática regular de atividade física e peso corporal adequado, aproximadamente um, em cada três casos dos tipos de câncer mais comuns no nosso país, possa ser prevenido⁷. Além disso, segundo dados da OMS, 13 em cada 100 casos de câncer no Brasil são atribuídos ao sobrepeso e à obesidade, sugerindo uma carga significativa de doença pelo excesso de gordura corporal⁸.

Acompanhando o perfil epidemiológico de sobrepeso e obesidade mundial, no Brasil, a prevalência de excesso de peso corporal tem apresentado trajetória crescente nas últimas décadas. Esse alarmante cenário reflete o perfil nutricional da população nas diferentes fases da vida, configurando o sobrepeso e obesidade como um problema de saúde pública, não só entre os adultos como também entre crianças e adolescentes.

De acordo com os inquéritos nacionais, enquanto na década de 1970, em torno de 24% da população adulta apresentava excesso de peso corporal, nos anos de 2002-2003, esses valores passaram para aproximadamente 41% da população com mais de 20 anos⁹. Dez anos depois, os valores subiram ainda mais, alcançando 56,9% da população. Esse dado aponta um cenário crítico, no qual 82 milhões de brasileiros, com mais de 18 anos de idade, estão acima do peso adequado¹⁰.

Valores crescentes e igualmente preocupantes são observados entre a população mais jovem. Na década de 1970, 11% dos meninos e 9% das meninas de 5 a 9 anos apresentavam sobrepeso. Em 2009, esses percentuais aumentaram para cerca de 35% em meninos e 32% em meninas. Para os adolescentes, enquanto em 1975 aproximadamente 4% dos meninos e 8% das meninas tinham sobrepeso, em 2009, os valores passaram para 22% e 19%, respectivamente¹¹.

A infância e adolescência são períodos críticos do desenvolvimento em que, além da formação de hábitos de vida, a exposição a determinados fatores de risco pode comprometer a saúde do adulto. As práticas alimentares não saudáveis, assim como a exposição precoce ao sobrepeso e obesidade atuam diretamente sobre o risco de câncer pelo efeito cumulativo dos fatores carcinogênicos¹². Sabe-se que o excesso de peso corporal nessas fases da vida aumenta o risco de obesidade e/ou câncer na idade adulta. Ademais, a obesidade infantil não apenas compromete o bem-estar físico, como também o social e psicológico das crianças.

Atualmente, o excesso de peso corporal está fortemente associado ao risco de desenvolver 13 tipos de câncer: esôfago (adenocarcinoma), estômago (cárdia), pâncreas, vesícula biliar, fígado, intestino (cólon e reto), rins, mama (mulheres na pós-menopausa), ovário, endométrio, meningioma, tireoide e mieloma múltiplo, e possivelmente associado aos de próstata (avançado), mama (homens) e linfoma difuso de grandes células B¹³.

Os mecanismos biológicos que explicam a associação positiva entre o excesso de peso corporal e o risco de desenvolvimento desses tipos de câncer em geral envolvem: hiperinsulinemia, resistência à insulina, regulação positiva de fatores de crescimento semelhantes à insulina, modificação do metabolismo de hormônios sexuais, inflamação crônica, alterações na produção de adipocinas e fatores de crescimento vascular pelo tecido adiposo, estresse oxidativo e alterações na função imune¹⁴.

Frente ao exposto, o INCA manifesta sua preocupação no que se refere ao aumento da prevalência de sobrepeso e da obesidade na população brasileira, especialmente, na infância e adolescência, e apoia medidas intersetoriais que objetivem a prevenção e o controle do excesso de peso corporal, com o reconhecimento de que tais medidas convergem para a prevenção do câncer.

Publicações abalizadas por instituições como a OMS, a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e o Fundo Mundial para Pesquisa em Câncer (WCRF) apontam que os fatores mais importantes para o aumento do excesso de peso corporal, assim como de outras doenças crônicas não transmissíveis relacionadas, são a prática insuficiente de atividade física e o elevado consumo de alimentos e preparações com alto teor de gordura

^aBaseado nos critérios do Modelo de Perfil Nutricional da Organização Pan-Americana da Saúde (2016).

saturada, gordura trans, açúcar livre e sal³. Uma alimentação baseada em alimentos processados^b e ultraprocessados^c, bebidas açucaradas e alimentos do tipo *fast food* é composta por elevada concentração dessas substâncias críticas e possui alta densidade energética.

Aponta-se a transição alimentar em curso no Brasil como um dos principais fatores associados ao ganho de peso. Esse processo envolve o aumento no consumo de alimentos processados e ultraprocessados, frente aos alimentos frescos, refeições e preparações tradicionais, e acompanha o aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade, em todas as faixas etárias¹⁵. Essa transição pode ser identificada na medida em que se observa redução da aquisição de alimentos *in natura* ou minimamente processados de 44,0% entre 1987-1988 para 38,9% entre 2008-2009, concomitante ao aumento na compra de alimentos processados e ultraprocessados que passou de 20,3% para 32,1%, no mesmo período¹⁶.

Resultados de pesquisas nacionais apontam que a exposição à má alimentação vem ocorrendo precocemente na população brasileira. Estudo realizado por Bortolini¹⁷, a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006/2007), demonstrou que mais de 70% das crianças menores de 5 anos consumiam refrigerantes e/ou sucos artificiais pelo menos uma vez na semana. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013), a cada dez crianças menores de 2 anos, cerca de três já tomaram refrigerante ou suco artificial, três consumiram doce, bala, ou outros alimentos com açúcar, e seis comeram biscoitos ou bolos¹⁰.

Crianças e adolescentes estão crescendo em um ambiente obesogênico^d que incentiva o ganho de peso e obesidade¹. O público infantil é o principal alvo da publicidade de alimentos como propagandas, rótulos e embalagens, que adicionam o apelo emocional, os brinquedos, os personagens favoritos, o entretenimento, para chamar a atenção das crianças e estimular o consumo habitual de produtos ultraprocessados. Assim, torna-se imprescindível reconhecer a vulnerabilidade da criança e protegê-la de práticas abusivas que induzem à cultura do consumo.

No âmbito do poder judiciário, houve um entendimento, por parte da Segunda Turma do Superior Tribunal de Justiça, de abusividade do direcionamento de publicidade para crianças em duas campanhas publicitárias. Por parte da sociedade, uma pesquisa do Instituto Datafolha, de 2016, com 2.573 indivíduos de 180 municípios das cinco regiões do Brasil, demonstrou que 60% dos entrevistados são contra qualquer tipo de publicidade direcionada à criança¹⁸.

Recentemente, a Comissão da OMS para o fim da obesidade infantil pediu aos governos que assumam a liderança e, ainda, que todas as partes interessadas reconheçam sua responsabilidade moral em agir a favor das crianças com vistas à redução do risco de obesidade, reconhecendo a importância de evitar a exposição a ambientes obesogênicos.

Além dos efeitos nocivos à saúde, que levam à invalidez e à morte com grande carga emocional e afetiva para as famílias, queda de produtividade nos estudos e trabalho, dificultando que as pessoas vivam plenamente seus potenciais de vida, a obesidade e as doenças crônicas, como o câncer, possuem impacto financeiro de grande relevância no Sistema Único de Saúde (SUS).

Pesquisa¹⁹ realizada no Brasil, em 2011, analisou os gastos do governo federal com a obesidade e encontrou valor estimado de 269,6 milhões de dólares (~0,5 bilhão de reais), representando em torno de 2% dos gastos totais do SUS. Esse valor refere-se aos gastos com as ações de média e alta complexidades destinados ao tratamento da obesidade em adultos, e ainda à proporção dos gastos atribuíveis à obesidade no cuidado de 26 doenças associadas. Quando analisados por doença associada, os gastos atribuíveis à obesidade foram os mais elevados para doença cardíaca isquêmica, seguidos de câncer de mama, insuficiência cardíaca congestiva e diabetes. Outros tipos de cânceres, como o de cólon, endométrio, esôfago, bexiga, estômago e fígado também ocupam posições elevadas no âmbito dos gastos atribuíveis à obesidade.

Considerando as implicações negativas da obesidade na economia do país, em 2014, um estudo internacional conduzido pelo Instituto Global McKinsey apontou que a obesidade custa ao Brasil 2,4% do Produto Interno Bruto (PIB)²⁰.

Os estudos que mostram o impacto econômico do excesso de peso corporal e seus agravos relacionados trazem luz ao obstáculo no que concerne ao desenvolvimento do país que essa condição de saúde representa.

No que se refere à fração de câncer atribuível ao sobrepeso e à obesidade, mais de 5% dos cânceres em mulheres e 2% em homens são atribuíveis a esse fator de risco na população acima de 30 anos de idade no Brasil²¹. A alimentação

^b Alimentos processados são produtos relativamente simples, fabricados com a adição de sal ou açúcar ou outra substância de uso culinário a um alimento *in natura*, como conservas e queijos, ou ainda, como os pães, que são feitos com farinha de trigo, água, sal e fermento.

^c Alimentos ultraprocessados são produtos fabricados com pouco ou nenhum alimento *in natura*, mas que levam muitos ingredientes de uso industrial (de nomes pouco familiares). Biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, refrigerantes e macarrão instantâneo são exemplos desse tipo de alimento.

^d Um ambiente obesogênico é o que promove e apoia a obesidade em indivíduos ou populações mediante fatores físicos, econômicos, legislativos e socioculturais.

inadequada^c, em conjunto com o consumo de bebida alcoólica, inatividade física, excesso de peso corporal e obesidade, é responsável por 21,0% dos cânceres em mulheres e 22,4% em homens, representando uma estimativa de 126 mil novos casos para o ano de 2017.

O Lancet publicou um artigo²² com dados do Brasil, China, Índia, Rússia, México e África do Sul, sobre a relação entre custo e efetividade de medidas para o controle da alimentação inadequada, inatividade física e obesidade. O artigo destaca também o papel de informações de saúde e estratégias de comunicação para melhor conscientização da população sobre os benefícios de uma alimentação saudável e prática de atividade física; de medidas fiscais que aumentam o preço dos alimentos não saudáveis ou reduzem o custo de alimentos saudáveis; e de medidas regulatórias que melhoram a informação nutricional ou restringem a comercialização de alimentos não saudáveis para crianças. Os resultados do estudo apontaram que as intervenções fiscais de aumento de preços e medidas regulatórias podem produzir os maiores ganhos de saúde no menor intervalo de tempo. Ademais, a regulamentação da publicidade de alimentos para as crianças pareceu ser mais eficaz do que a promoção da saúde nas escolas. Os autores ressaltaram a importância de medidas regulatórias para a prevenção e o controle da obesidade.

No que se referem às intervenções fiscais, a experiência do México tem sido exemplo para inúmeros países que têm a intenção de implementar a taxação de bebidas açucaradas. O México adotou um imposto especial de consumo de 1 peso por litro em bebidas açucaradas em 1 de janeiro de 2014. Em avaliação dessa intervenção, Colchero et al.²³ verificaram que as compras de bebidas tributadas diminuíram 5,5% em 2014 e 9,7% em 2015, apresentando uma redução média de 7,6% ao longo do período de estudo, e destacam que os resultados do México podem encorajar outros países a usarem políticas fiscais para reduzir o consumo de bebidas não saudáveis, juntamente com outras intervenções para reduzir a carga das doenças crônicas.

Fato é que intervenções fiscais que também incidem em bebidas adoçadas com adoçantes não calóricos ou de baixa caloria são complementares à descrita anteriormente e importantes no que se refere à prevenção da obesidade e do câncer. Uma revisão recente publicada na Cochrane Library²⁴ demonstrou que os resultados de pesquisas financiadas pela indústria convergem frequentemente com o interesse dos seus patrocinadores, em contraste daqueles produzidos por pesquisadores independentes. Por muitos anos, pesquisas financiadas pela indústria apontavam que produtos adoçados com adoçantes não calóricos ou de baixa caloria previniam o ganho de peso. No entanto, estudos independentes e atuais acerca do tema apontam ganho de peso com o consumo desses produtos²⁵.

A OMS defende que medidas fiscais para melhorar a alimentação²⁶ - particularmente tributação e subsídios - são intervenções políticas fundamentais para reduzir o consumo de alimentos de alta densidade calórica e controlar a epidemia da obesidade. Essas medidas integram o Plano de Ação Global para Prevenção e Controle das Doenças não Transmissíveis da OMS e estão sendo consideradas por um número crescente de países. Ademais, a OMS aponta em seu documento que há evidências cada vez mais claras de que os impostos e os subsídios que visam a mudanças de comportamento de compra de alimentos pelo consumidor, principalmente quando aplicados a bebidas açucaradas, contribuem significativamente para enfrentar a obesidade.

Em 2014, durante o 53º Conselho Diretor da OPAS/OMS, os países da Américas, incluindo o Brasil, deram um passo importante para conter a progressão da epidemia da obesidade ao assinarem unanimemente o Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes, em consonância com a Estratégia da OPAS/OMS para a Prevenção e Controle de Doenças não Transmissíveis para 2012-2025²⁷ e o Plano de Ação para Prevenção e Controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis para o período 2013-2019²⁸. Entre outras medidas, o Plano requer a implementação de políticas fiscais, como impostos sobre as bebidas açucaradas e os produtos com alto valor energético e pobres em nutrientes, a regulamentação da comercialização e da rotulagem de alimentos, a melhora da alimentação escolar e dos ambientes de atividade física, e a promoção da amamentação e da alimentação saudável³.

Ante o exposto, com base no reconhecimento de que a prevenção e o controle do sobrepeso e obesidade não serão resolvidos por meio de ações individuais e, ainda, diante da necessidade urgente de agir agora para reduzir a exposição da população brasileira, especialmente as crianças, a esse fator de risco para o câncer, o INCA, em vista de sua missão institucional, manifesta seu posicionamento frente à crescente epidemia de excesso de peso corporal, cumprindo seu papel de disseminar conhecimentos baseados em evidências e apoiar políticas e ações que contribuam com a redução da incidência e mortalidade por câncer no Brasil.

^c Considerou-se, como alimentação inadequada, a ingestão de hortaliças abaixo de 240 g/dia, de frutas abaixo de 160 g/dia, de sal acima de 10g/ dia, de carne processada acima de 0g/ dia e de carne vermelha acima de 70g/ dia.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Geneva: WHO; 2016.
2. World Health Organization. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity: implementation plan [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [acesso em 2017 set 8]. A70/31. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_31-en.pdf.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2014 [acesso em 2017 set 8]. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/UTFGCV/planofactionchildobesity-por.pdf?ua=1>.
4. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [acesso em 2017 set 8]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf.
5. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
6. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
7. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Políticas e ações para prevenção de câncer no Brasil: alimentação, nutrição e atividade física. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
8. Arnold M, Pandeya N, Byrnes G, Renehan AG, Stevens GA, Soerjomataram I, et al. Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study. *Lancet Oncol.* 2015; 16(1):36-46.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
12. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
13. International Agency for Research on Cancer. IARC Handbooks of cancer prevention: volume 16: Body Fatness. Lyon: IARC; 2016.
14. Norat T, Scoccianti C, Boultron-Rualt MC, Anderson A, Berrino F, Romieu I, et al. European Code against Cancer 4th Edition: Diet and cancer. *Cancer Epidemiol.* 2015;39 Suppl 1:S56-66.
15. Canella DS, Levy RB, Martins AP, Claro RM, Moubarac JC, Monteiro CA, et al. Ultra-processed food products and obesity in Brazilian Households (2008-2009). *PLoS One.* 2014;9(3):e92752.
16. Martins APB, Levi RB, Claro RM, Moubarac JC, Monteiro CA. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). *Rev Saúde Pública.* 2013;47(4):656-65.
17. Bortolini GA, Gubert MB, Santos LM. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(9):1759-71.
18. Aliança de Controle do Tabagismo. Opinião sobre a Regulação de Alimentos Ultraprocessados [Internet]. São Paulo: Datafolha; 2016 [acesso em 2017 set 8]. Disponível em: http://criancaeconsumo.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Datafolha_alimentos_regulacao_ACT.pdf.
19. Oliveira ML, Santos LM, Silva EN. Direct healthcare cost of obesity in Brazil: an application of the cost-of-illness method from the perspective of the public health system in 2011. *PLoS One.* 2015; 10(4):e0121160.
20. McKinsey Global Institute. Overcoming obesity: An initial economic analysis. November, 2014. [acesso em 2017 set 12]. Disponível em: <http://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-the-world-could-better-fight-obesity>.
21. Silva GA, Moura L, Curado MP, Gomes FS, Otero U, Rezende LF, et al. The Fraction of Cancer Attributable to Ways of Life, Infections, Occupation, and Environmental Agents in Brazil in 2020. *PLoS One.* 2016;11(2):e0148761.
22. Cecchini M, Sassi F, Lauer JA, Lee Y, Guajardo-Barron V, Chisholm D. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Lancet.* 2010;376(9754):1775-84.
23. Colchero MA, Rivera-Dommarco J, Popkin BM, Ng SW. In Mexico, Evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened beverage tax. *Health affairs (Millwood).* 2017;36(3):564-71.
24. Lundh A, Lexchin J, Mintzes B, Schroll JB, Bero L. Industry sponsorship and research outcome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2:MR000033.

25. Mandrioli D, Kearns CE, Bero LA. Relationship between Research Outcomes and Risk of Bias, Study Sponsorship, and Author Financial Conflicts of Interest in Reviews of the Effects of Artificially Sweetened Beverages on Weight Outcomes: A Systematic Review of Reviews. *PLoS One*. 2016 Sep 8;11(9):e0162198.
26. World Health Organization. Fiscal policies for diet and prevention of noncommunicable diseases: technical meeting report 5-6 may 2015, Geneva, Switzerland. Geneva: WHO; 2016.
27. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2012 [acesso em 2017 set 8]. CSP28/9, Rev. 1. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18702&Itemid=270&lang=pt.
28. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2013 [acesso em 2017 set 8]. CD52/7, Rev. 1. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22782&Itemid=270&lang=pt.

Implantação do Tratamento do Tabagismo em Pernambuco a partir de 2013

Implantation of Smoking Treatment in Pernambuco from 2013

Implantación del Tratamiento de Tabaquismo en Pernambuco a partir de 2013

Letícia Mirely Andrade de Oliveira¹; Emmanuely Correia de Lemos²; Sandra Luzia Barbosa de Souza³; Maria das Graças Galvão Maciel⁴; Isabella Martins Barbosa da Silva Paes⁵; Flávia Karina Wanderley dos Reis⁶

Resumo

Introdução: O tabagismo é uma causa de morte evitável e está associado à incidência de diversos cânceres. Implantar o tratamento do tabagismo contribui para o seu controle e de suas diversas consequências. **Objetivo:** Analisar a implantação, sob a perspectiva das ações de competência da gestão estadual, da rede de tratamento do tabagismo em Pernambuco a partir da Portaria 571/2013. **Método:** Estudo transversal, descritivo, de abordagem mista, com dados coletados no período de novembro a dezembro de 2016 na Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Foi composto por duas etapas: a primeira, qualitativa, em que foram analisados os documentos da gestão estadual do Programa de Controle do Tabagismo, utilizou a análise documental. A segunda, quantitativa, utilizou informações provenientes do *FormSus*. **Resultados:** A análise documental destacou 26 atividades, sendo 12 atividades referentes ao monitoramento das ações de controle do tabagismo, oito referentes à gestão do programa e seis de educação permanente. No que diz respeito à análise quantitativa, foi observada a ampliação da oferta do tratamento do tabagismo na Atenção Básica, que concentrou a maior parte dos atendimentos. **Conclusão:** A análise destaca a importância das estratégias de educação permanente, de monitoramento e de mobilização social na implantação do tratamento do tabagismo no Estado de Pernambuco após a portaria 571/2013, todas contribuindo para ampliação da oferta de tratamento do tabagismo na Atenção Básica em Saúde do Estado.

Palavras-chave: Tabagismo/prevenção & controle; Tabagismo/terapia; Hábito de Fumar; Serviços de Saúde; Gestão em Saúde.

¹Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Programa Multiprofissional em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE). Recife (PE), Brasil. *E-mail:* leticia_mirely@hotmail.com.

²Profissional de Educação Física. Mestre em Saúde Pública. Secretaria Estadual de Saúde (SES). Recife (PE), Brasil. *E-mail:* emmanuelylemos@gmail.com.

³Psicóloga. Mestre em Avaliação de Saúde. SES. Recife (PE), Brasil. *E-mail:* sandra.luziaslbs@gmail.com.

⁴Nutricionista. Mestre em Avaliação de Saúde. SES. Recife (PE), Brasil. *E-mail:* mgalvaomaciel@yahoo.com.br.

⁵Nutricionista. Mestre em Saúde Pública. SES. Recife (PE), Brasil. *E-mail:* imbsp@hotmail.com.

⁶Fonoaudióloga. Especialista em Saúde Coletiva. SES. Recife (PE), Brasil. *E-mail:* flaviakwr@hotmail.com.

Endereço para correspondência: Letícia Mirely Andrade de Oliveira. Rua Doutor Carlos Santana, 83 - 1º andar - Centro. Bom Jardim (PE), Brasil. CEP: 55730-000. *E-mail:* leticia_mirely@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica caracterizada pela dependência da nicotina e, por esse motivo, foi inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹. De acordo com a OMS, o tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável no mundo. Dois bilhões de pessoas em todo o mundo são fumantes e cerca de cinco milhões de pessoas morrem todos os anos em razão do uso do tabaco². Estimou-se, para o Brasil, que 156.216 mortes relacionadas ao tabagismo, para a faixa etária de indivíduos com mais de 35 anos, poderiam ter sido evitadas no ano de 2015³.

Existem evidências da relação entre o uso do tabaco e o câncer, em especial a associação entre o consumo de cigarros e o câncer de pulmão, além de outros tumores malignos⁴. No mundo, esperou-se, para o ano de 2015, que cerca de um terço dos óbitos por câncer estivesse associado ao consumo de produtos derivados do tabaco⁵.

No Brasil, em 2016, os dados do Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), integrante do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) do Ministério da Saúde (MS), evidenciaram uma queda de 0,62% ao ano na frequência de fumantes no Brasil⁶. Em 2006, 16,2% da população total eram fumantes, com uma maior prevalência no sexo masculino (20,3%) em contraste com o sexo feminino (12,8%)⁷.

Analisando o cenário local, ao observar a série histórica de dez anos (2006 a 2016) do Vigitel, a cidade de Recife apresentou uma queda de 38,1% no percentual de fumantes. No entanto, mesmo diante da melhora, é preciso muitas intervenções para que os resultados continuem a progredir, uma vez que, em 2016, a prevalência de adultos fumantes em Recife era de 9,1%, apresentando uma proporção maior no sexo masculino (11,4%) quando comparado ao sexo feminino (7,2%)^{6,7}.

Considerando os malefícios relacionados ao uso de produtos derivados do tabaco (cigarros industrializados, narguilé, cachimbo etc.), os 192 Estados-Membros da OMS elaboraram o primeiro tratado internacional de saúde pública, a Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para Controle do Tabaco (CQCT/OMS), durante os anos de 1999 e 2003. O Brasil, reconhecido internacionalmente como importante liderança no controle do tabagismo, ratificou o tratado em 2005, alçando a implementação das medidas e diretrizes da CQCT ao patamar de Política de Estado e, portanto, uma obrigação legal do governo brasileiro⁸. Essa iniciativa da OMS tem como objetivo contribuir para o controle da pandemia do tabagismo no mundo,

protegendo a população mundial dos problemas de saúde pública, das violações ambientais, sociais e econômicas em consequência do consumo do tabaco, e da exposição ambiental à poluição tabagística⁹.

Na perspectiva do controle do tabagismo no Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), desde 1989, desenvolve e coordena as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), tendo como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes no país e a consequente morbimortalidade causada por doenças relacionadas ao tabaco. Para tanto, realiza ações econômicas e educativas⁸. As ações são desenvolvidas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e de vários setores da sociedade civil organizada¹⁰.

Em Pernambuco, na década de 1990, foi instituído o “Programa de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer” (PNCT/PE) que visa a controlar o tabagismo e outros fatores de risco de câncer no Estado¹¹. A atuação do PNCT-PE se dá por meio de ações direcionadas ao tratamento do tabagismo, que inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo, e terapia medicamentosa, quando se fizer necessário^{12,13}. Existem, ainda, ações de prevenção e promoção da saúde nas escolas e de mobilização social contemplando as datas alusivas ao controle do tabagismo¹¹.

Com relação ao tratamento do tabagismo, o Ministério da Saúde, por meio da portaria SAS/MS nº 442/2004, ampliou o tratamento do tabagismo para a Atenção Básica à Saúde e média complexidade, aprovando o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS), aumentando o acesso ao tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e rede de atenção especializada do SUS, com o objetivo de consolidar o PNCT¹². Ainda, de acordo com as orientações da portaria¹², e com o intuito de ampliar o tratamento do tabagismo em Pernambuco, os municípios aderiram ao PNCT-PE, ao participar do curso de descentralização referente ao programa, oferecido pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) com duração de três dias¹¹.

Em abril de 2013, com a publicação da portaria MS nº 571/2013¹⁴, que atualiza as diretrizes do cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de atenção à saúde dos acometidos por doenças crônicas do SUS, houve a recomendação de que a atenção aos tabagistas passasse a ser realizada prioritariamente nos serviços de Atenção Básica à Saúde. Nessa perspectiva, o tratamento do tabagismo foi incluído no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e, assim, em 164 municípios, foi programada a oferta do tratamento. Com isso, houve o incremento na oferta do tratamento do tabagismo em todo país e também em Pernambuco, permitindo o acesso ao tratamento^{14,15}.

Considerando a grande expansão, e tendo como prioridade a oferta do tratamento do tabagismo na Atenção Básica à Saúde, tornou-se imprescindível a reorganização das ações das gestões estaduais quanto ao tratamento do tabagismo. Dessa forma, este estudo tem como objetivo analisar a implantação, sob a perspectiva das ações de competência da gestão estadual, da rede de tratamento do tabagismo em Pernambuco, a partir da portaria 571/2013.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem mista. O estudo foi realizado na Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (GVDANT-PS), responsável pela coordenação do PNCT/PE, na SES/PE.

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora principal deste estudo nos meses de novembro a dezembro de 2016. Foram coletados, em arquivos digitais da coordenação do PNCT-PE, todos os documentos produzidos entre abril de 2013 a julho de 2016¹⁶ (tais como memorandos, relatórios de gestão, atas de reuniões, atas de capacitações) e relatórios do formulário eletrônico do *FormSus* para o tabagismo (*FormSus-PNCT*), com periodicidade trimestral, que têm como objetivo subsidiar a programação de medicamentos para o tratamento do tabagismo, a fim de permitir o adequado dimensionamento e distribuição aos municípios, sendo utilizado ainda como meio de avaliar as programações e oferta do tratamento do tabagismo nos municípios.

A análise dos dados, conduzida pela pesquisadora que fez a coleta, foi realizada entre os meses de dezembro de 2016 e janeiro de 2017 em duas etapas: a primeira, de abordagem qualitativa, utilizou o material coletado na pesquisa documental, com o propósito de conhecer as ações desenvolvidas após a portaria nº 571/2013, produzidas pela gestão estadual do PNCT-PE e relacionadas ao trabalho da equipe técnica do programa. Após serem organizados em ordem cronológica, o conteúdo de cada documento foi sintetizado para criação de uma linha do tempo sobre os principais marcos referentes às ações estaduais para o PNCT-PE.

Na segunda etapa, de abordagem quantitativa, foram utilizados os dados secundários disponíveis nas planilhas padronizadas pelo Ministério da Saúde, provenientes do *FormSus-PNCT*¹⁷, que foram respondidos pelos responsáveis pelo programa nos municípios. Essas planilhas fornecem informações do número de equipes/unidades que realizaram o tratamento do tabagismo e o número de equipes/unidades que irão realizar o tratamento do tabagismo, assim como o número de tabagistas que foram tratados e os que irão ser tratados com uso de

medicamentos, em referência ao trimestre indicado no formulário. Ainda nesse formulário, há informações com relação ao estoque e ao consumo médio mensal de cada componente do apoio medicamentoso.

É, ainda, por meio das informações produzidas pelo *FormSus-PNCT*, que o Departamento de Assistência Farmacêutica, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, elabora as pautas trimestrais (planilhas descritivas de cada componente do apoio medicamentoso e as quantidades a serem distribuídas para os Estados e municípios) de distribuição de medicamentos por intermédio do componente estratégico da Assistência Farmacêutica¹⁴.

Assim, a partir dos dados das planilhas do ano de 2015, realizou-se uma análise estatística descritiva, utilizando frequência absoluta e relativa, visando a caracterizar o perfil da oferta de tratamento no Estado de Pernambuco, traçando um aspecto que auxiliou o direcionamento das ações nos anos seguintes. Para este estudo, foram analisadas as variáveis que correspondiam ao número de unidades/equipes que realizaram o tratamento do tabagismo e o nível de atenção do serviço que realizava oferta desse tratamento (unidades/equipes da atenção básica e da atenção especializada).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade de Pernambuco (CEP/Propege/UPE) sob o número do parecer 1.780.728 e do CAAE: 58601016.3.0000.5207, em 19 de outubro de 2016.

RESULTADOS

A implantação da rede de tratamento do tabagismo pela SES/PE priorizou três eixos de ação para implementação do PNCT a partir da portaria nº 571/2013: as ações referentes à gestão e ao monitoramento, e as de educação permanente. Foram identificadas nos documentos examinados 26 ações, sendo 12 atividades referentes ao monitoramento das ações de controle do tabagismo, oito referentes à gestão do programa e seis de educação permanente, que podem ser conferidas na linha do tempo (Figura 1).

No ano de 2013 e primeiro semestre de 2014, foram priorizadas as atividades referente à gestão do programa. A partir do segundo semestre do ano de 2014, houve, além das atividades de gestão, a incorporação das atividades relacionadas com a educação permanente e o monitoramento do programa.

No que se refere à educação permanente, foi identificado nos documentos que a SES/PE, antes da portaria, oferecia a todas 12 regionais de saúde o curso de descentralização do PNCT-PE, com o objetivo de instrumentalizar os profissionais de saúde e gestores da vigilância em saúde, da Atenção Básica à Saúde e da educação para as ações de

implantação do programa. Esse curso tinha carga horária de 18 horas e ocorria durante dois dias e meio em único local procurando agregar todas as regionais.

Em 2014, considerando já as orientações da portaria, a SES/PE definiu um novo formato para essas capacitações, visto que precisava considerar, nesse momento, a capacidade operativa da equipe técnica para a operacionalização delas, além de estrutura física e material necessário para sua realização. Assim, as capacitações para o tratamento do tabagismo foram intensificadas, continuando a serem oferecidas por região de saúde, porém, com carga horária de 16 horas distribuídas em dois dias.

No ano de 2015, devido à necessidade de alcançar ainda um quantitativo expressivo de profissionais, mesmo já tendo sido realizadas capacitações nos anos anteriores,

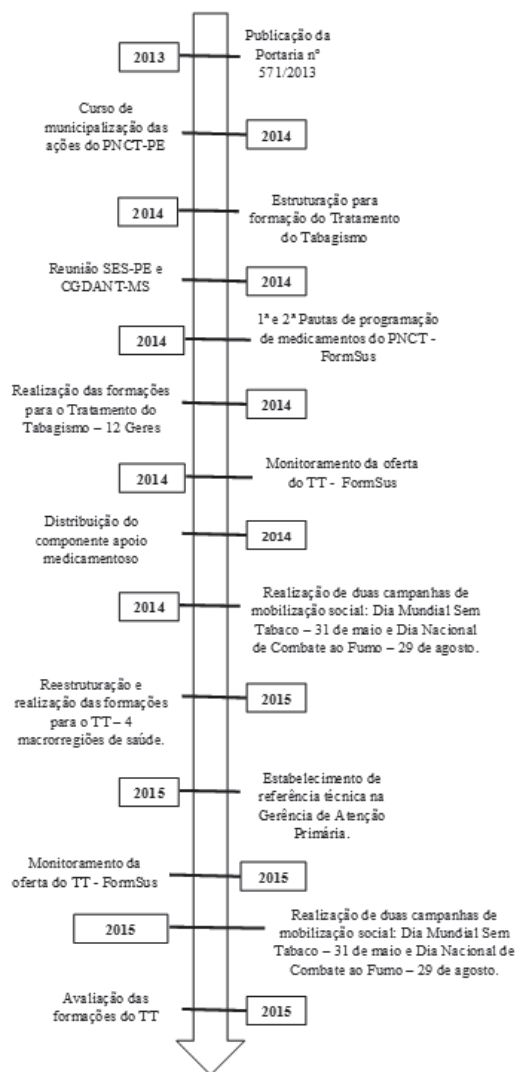


Figura 1. Linha do tempo do Programa de Controle do Tabagismo em Pernambuco a partir da publicação da portaria nº 571/2013, Pernambuco, 2016

Fonte: Elaborado pelos autores com base na análise dos documentos da gestão estadual do PNCT-PE.

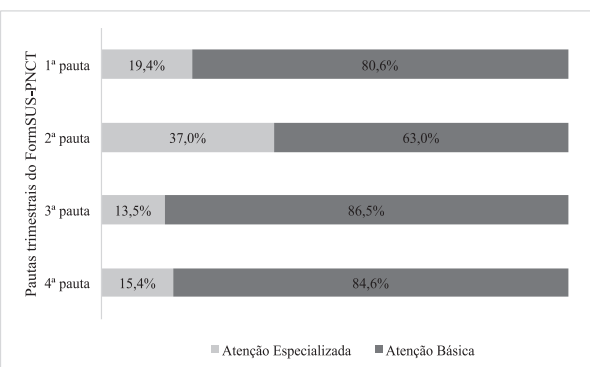


Figura 2. Proporção de tabagistas tratados no Estado de Pernambuco, segundo nível de atenção, abril de 2015 a março de 2016, Pernambuco, 2016

Fonte: Elaborado pelos autores com base nas repostas do FormSus-PNCT, 2015.

a SES/PE estabeleceu a realização das capacitações para o tratamento do tabagismo por macrorregião de saúde, mantendo-se a carga horária de 16 horas.

Por fim, em 2016, a SES/PE ofereceu um novo ciclo de capacitações referente ao tratamento do tabagismo, com readequação de carga horária e, consequentemente, de conteúdo para poder atender a todas as quatro macrorregiões de saúde, cujos profissionais não participaram da formação em anos anteriores, e para os dos municípios que planejaram ampliar a oferta do tratamento do tabagismo. Estas foram realizadas em um único dia com carga horária de 8 horas.

Para avaliar essas estratégias de educação permanente, a princípio eram utilizados instrumentos de avaliação impressos. A partir de 2016, depois de reformulados, foram substituídos por um formulário eletrônico arquivado em meio digital.

Outras estratégias identificadas a partir da análise documental foram as ações de mobilização social, as campanhas e ações educativas, eixos importantes do PNCT-PE, visto que, foram desenvolvidas pela gestão estadual do PNCT-PE com o objetivo de apoiar a divulgação do tratamento do tabagismo nos municípios, além de chamar a atenção da população para o tema do tabagismo e seus malefícios. Destacaram-se, entre as ações, as datas pré-estabelecidas em alusão à prevenção e controle do tabagismo, foram elas: Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio); Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto); e Dia Nacional de Combate ao Câncer (27 de novembro). Em todas essas, foram produzidas as publicações intitulada “Compartilhando Experiências do PNCT-PE”, como forma de registrar e compartilhar as experiências entre os municípios.

Por fim, dois instrumentos de planejamento da gestão em saúde foram importantes para estabelecer as metas e monitorar as atividades realizadas do PNCT-PE: a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório

Anual de Gestão (RAG). O RAG de 2013 revelou que, até dezembro, 26 municípios realizavam o tratamento do tabagismo. Em 2014, a meta era implantar o PNCT-PE em 40 municípios e, no entanto, foi inserido em 51 municípios. A meta foi aumentada para 101 municípios na PAS de 2015. Já o RAG de 2015 mostrou que esse objetivo foi ultrapassado, pois, até dezembro desse ano, 112 municípios tinham implantado o tratamento do tabagismo. Seguindo essa curva ascendente, o número de profissionais formados também cresceu, principalmente entre os anos de 2013 e 2014, com 145 profissionais formados em 2013 e 503 no ano de 2014, e também em 2015, ano em que foram formados 322, segundo o RAG.

Com relação ao monitoramento do PNCT-PE, foram utilizados os resultados das análises das planilhas de 2015 do *FormSus*-PNCT, no que diz respeito à caracterização do perfil de oferta do tratamento do tabagismo nesse ano. Nesse caso, observou-se um aumento da oferta de tratamento nos municípios, compreendendo tanto a Atenção Básica à Saúde quanto à atenção especializada, que foi respectivamente de 39,4%, 68,1%, 60,5% e 72,5% na primeira, segunda, terceira e quarta pautas de programação do apoio medicamentoso para o tratamento do tabagismo. No que diz respeito à ampliação da realização do tratamento do tabagismo em relação ao nível de atenção do serviço, verificou-se, nas quatro pautas, o predomínio da oferta do tratamento na Atenção Básica à Saúde em relação à atenção especializada (Figura 2).

DISCUSSÃO

Os resultados revelaram que para atender às recomendações de reestruturação do PNCT-PE a partir da publicação da portaria nº 571/13, a gestão estadual do PNCT na SES/PE desenvolveu ações de educação permanente, sistematicamente avaliadas e readequadas para atender, da melhor forma, ao público-alvo sem desconsiderar o contexto do PNCT-PE.

Além disso, foram estabelecidas ações de monitoramento do Programa por meio do *FormSus*-PNCT, que possibilitaram ampliar o conhecimento da gestão estadual com relação à implantação do tratamento do tabagismo nos municípios, tanto do ponto de vista da programação do apoio medicamentoso, quanto com relação ao planejamento e à realização do tratamento do tabagismo no âmbito municipal. Para fortalecer o tratamento do tabagismo nos municípios, também foram orientadas pela gestão estadual as ações de mobilização social nas datas alusivas ao controle e prevenção do tabagismo nos municípios.

Verificou-se que as capacitações passaram por adequações anuais, necessárias, considerando que a

aprendizagem no trabalho precisa ser uma via de mão dupla, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho^{18,19} e que, em um programa de cessação do uso de produtos tabagísticos, é imprescindível a atuação qualificada dos profissionais de saúde, dando o suporte necessário às pessoas no processo de cessação de fumar²⁰. Além disso, a adaptação das capacitações que têm como base as sugestões dos profissionais é fundamental, contribuindo para impactar no aumento da adesão dos profissionais e na possível melhoria na implantação do PNCT²¹.

Quanto às ações de monitoramento do PNCT-PE, que são consideradas estratégias de apoio, conferem à gestão características como responsabilização, transparência e qualidade²². Nesse sentido, a gestão estadual do PNCT-PE, definiu o *FormSus*-PNCT como o instrumento de monitoramento, a partir do qual seriam produzidas as informações relativas ao planejamento e a realização do tratamento do tabagismo, pelos municípios, no Estado de Pernambuco.

Quanto à oferta do tratamento do tabagismo em 2015, a maior parte foi realizada na Atenção Básica à Saúde, sinalizando que a mudança trazida pela portaria 571/13, a qual concentrou o desenvolvimento do tratamento do tabagismo nesse nível de atenção, possibilitou a capilaridade e o alcance de um maior número de beneficiados, aumentando a probabilidade da cessação do tabagismo²³. As ações desenvolvidas na atenção básica, nesse sentido, influenciam positivamente na mudança de hábitos por meio do conhecimento dos males provocados à saúde pelo tabagismo²⁴.

O *FormSus*-PNCT, estabelecido pelo INCA, possibilita verificar a oferta do tratamento do tabagismo em todo o Estado. No entanto, na medida em que existe uma grande potencialidade de adesão dos municípios no processo de envio das informações por ser um formulário virtual, também se verifica a existência de algumas limitações quanto à qualidade e à consistência dos dados informados²⁵. Essa constatação reforça a necessidade de buscar outros caminhos para que, na rotina da SES/PE, em especial das regionais de saúde, elas se tornem ainda mais próximas dos municípios, para minimizar essas fragilidades do instrumento, ampliando o monitoramento dos serviços oferecidos quanto ao tratamento do tabagismo, e possibilitando que os tabagistas, que desejam parar de fumar, encontrem o tratamento adequado e com qualidade.

Outro aspecto relacionado ao monitoramento e à avaliação, foi a inserção do PNCT-PE na PAS e no RAG, apontando, inclusive, superação das metas. A PAS revelou um conjunto de ações para operacionalizar o PNCT. No RAG, pode-se observar o desenvolvimento da execução das metas do PAS, subsidiando as adequações que se fizerem

necessárias para o ano seguinte, devendo este ser aprovado pelo respectivo conselho de saúde²⁶. Nesse sentido, a inserção do PNCT-PE na PAS e no RAG trouxe a possibilidade de planejamento e acompanhamento da execução das atividades, fortalecendo e qualificando o desenvolvimento das ações propostas. As práticas de controle e avaliação do PNCT são valorizadas pelo INCA, pois são essenciais para a condução do programa, principalmente no que diz respeito ao tratamento da pessoa tabagista¹⁰.

As ações de mobilização social para prevenção e controle do tabagismo, atreladas às ações anteriormente descritas, como o apoio medicamentoso e as devidas capacitações dos profissionais para a implantação do tratamento do tabagismo, contribuem para motivar os fumantes a cessar o uso do cigarro²⁷.

As limitações desse estudo foram a ausência, na época da pesquisa, de documentos da gestão que apresentassem informações completas sobre a programação do apoio medicamentoso para o tratamento do tabagismo por meio do *FormSUS*-PNCT. Também se destaca que, pelo tipo de estudo adotado, não é possível inferir causas e efeitos das estratégias estabelecidas pela gestão estadual do Programa em Pernambuco com a redução da prevalência geral de tabagistas no Estado. Ressalta-se ainda a limitação dos diferentes documentos da gestão já que, em alguns, não foi possível compreender a relação deles com os resultados alcançados pela equipe da SES/PE no concernente à implantação do PNCT-PE a partir de 2013. Por outro lado, a pesquisa contribuiu para ampliação do conhecimento da implantação do tratamento do tabagismo após a portaria nº 571/13, reforçando a importância das ações de educação permanente, de monitoramento e avaliação e de educação em saúde por meio das mobilizações sociais.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo apontam que, para implantação do tratamento do tabagismo em Pernambuco, após a publicação da portaria 571/2013, a gestão estadual do PNCT-PE implantou estratégias de educação permanente, de estímulo às ações de mobilização social e de monitoramento e avaliação das ações relativas ao programa, contribuindo para a ampliação da oferta do tratamento do tabagismo no Estado.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores participaram da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito, aprovação final da versão a ser publicada, e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: volume 1 [Internet]. 10. rev. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças; 2008 [acesso em 2017 Set 11]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>.
2. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015 [Internet]. Geneva; 2015 [acesso em 2017 Set 11]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf?ua=1
3. Pinto MB, Bardach A, Palacios A, et al. Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos [Internet]. Buenos Aires: IECS; 2017 [acesso em 2015 Set 11]. Documento técnico IESC n. 21. Disponível em: <http://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Reporte-completo.pdf>.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Brasília, DF; 2016.
5. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006;3(11):e442.
6. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
7. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; 2017 [acesso em 2017 Set 11]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/convencao_quadro/o_que_e.
9. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Convenção-Quadro para Controle do Tabaco [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; 2012 [acesso em 2017 Set 11]. Disponível em: Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5a3abd004eb68a22a09bb2f11fae00ee/Conven%C3%A7%C3%A3oQuadro+para+o+Controle+do+Tabaco+em+portugu%C3%AAs.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=5a3abd004eb68a22a09bb2f11fae00ee>.
10. Carvalho CRS. O Instituto Nacional do Câncer e o controle do tabagismo: uma análise da gestão federal do

- tratamento do tabagismo no SUS [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
11. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Programa de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer em Pernambuco: 2012. Recife: Pernambuco: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde; 2012.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 442 de 13 de agosto de 2004. Regulamenta a Portaria GM/MS n° 1.035 de 31 de maio de 2004, que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e da média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2004 ago 13; Seção 1.
 13. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n° 761, de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2016. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/sas/8201-portaria-n-761-de-21-de-junho-de-2016>.
 14. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n° 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), Seção 1. (Abr 8, 2013). 2013.
 15. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n° 1645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União, Brasília (DF), Seção 1. (Out 5, 2015). 2015.
 16. Secretaria Estadual De Saúde (Pernambuco). Documentos da gestão estadual do Programa de Controle do Tabagismo. 2013-2016. [Acesso em 01 nov 2016]. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folder/s/0B_1dt4rWaHtZUkhuY0g2TkdSRU0>
 17. Ministério da Saúde (BR). Nota Informativa Conjunta 001/2015, de 21 de dezembro de 2015 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2017 Set 15]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/78aff7004c1cf147ae49af59c9e404d4/nota-informativa-conjunta-n0012015-adesao-a-rede-de-tratamento-do-tabagismo-no-sus.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=78aff7004c1cf147ae49af59c9e404d4>
 18. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
 19. Gil CRR, Luiz IC, Gil MCR. Gestão Pública em Saúde: o processo de trabalho na gestão do SUS. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2016.
 20. Rassool GK, Rawaf S. Educational intervention of undergraduate nursing students' confidence skills with alcohol and drug misusers. Nurse Educ Today. 2008;28(3):284-2.
 21. Bittencourt L, Cruz RC, Scarinci IC. Seleção e capacitação para o tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde: perspectivas de gestores e profissionais de saúde no estado do Paraná, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde. 2014;23(4):645-54.
 22. Costa JMBS, Felisberto E, Bezerra LCA, Cesse EAP, Samico IC. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(5):1201-216.
 23. Ministério da Saúde (BR). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica o cuidado da pessoa tabagista. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. (Caderno de Atenção Básica, 40).
 24. Dias HL. Programa de Controle do Tabagismo no município de Juiz de Fora: a especificidade do tratamento na Atenção Básica [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2011.
 25. Vasconcellos-Guedes L, Guedes LFA. E-Surveys: vantagens e limitações dos questionários eletrônicos via internet no contexto da pesquisa científica. In: X SemeAd. Anais do X; 2007 Ago 9-10; São Paulo: USP; 2007.
 26. Cardoso AJC. Planejamento em Saúde. Tempus (Brasília). 2014;8(1):133-40.
 27. Darolt SD. Efetividade do Programa Nacional de Controle do Tabagismo em um Município da Região Sul de Santa Catarina [trabalho de conclusão de curso]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2012.

Abstract

Introduction: Tobacco use is a preventable cause of death and is associated to the incidence of many types of cancer. Implementing treatment for tobacco use contributes to the control of it and many of its consequences. **Objective:** To analyze the implementation, under the perspective of actions of state management scope, of the tobacco use treatment network in Pernambuco since the Decree 571/2013. **Method:** Cross-sectional, descriptive, mixed method research, with data collected from November to December 2016 in the Office for Non-Communicable Diseases and Health Promotion of the State of Pernambuco Health Secretariat. It was performed in two phases: the first was qualitative, in which documents of the state management of the Tobacco Control Program were analyzed, and used documental analysis. The second, quantitative, used information from *FormSus*. **Results:** Documental analysis highlighted 26 activities, 12 of which referred to the monitoring of tobacco control actions, eight referred to the program management and six of permanent education. Regarding quantitative analysis, we observed the expansion of the offering of tobacco use treatment in Primary Care, which concentrated most of the patient care. **Conclusion:** The analysis highlights the importance of permanent education strategies, monitoring and social mobilization in the implementation of tobacco use treatment in the State of Pernambuco after the Decree 571/2013, all of which contributed to the expansion of the offering of tobacco use treatment in the state's Primary Health Care.

Key words: Tobacco Use Disorder/prevention & control; Tabagismo/therapy; Smoking; Health Services; Health Management.

Resumen

Introducción: El tabaquismo es una causa de muerte evitable y está asociado a la incidencia de diversos cánceres. Implantar el tratamiento del tabaquismo contribuye a su control y sus diversas consecuencias. **Objetivo:** Analizar la implantación, bajo la perspectiva de las acciones de competencia de la gestión estadual, de la red de tratamiento del tabaquismo en Pernambuco a partir de la norma 571/2013. **Método:** Estudio transversal, descriptivo, de enfoque mixto, con datos recolectados en el período de noviembre a diciembre de 2016 en la Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, de la Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Se compuso de dos etapas: la primera, cualitativa, en la que se analizaron los documentos de la gestión estadual del Programa de Control del Tabaquismo, utilizó el análisis documental. La segunda, cuantitativa, utilizó información proveniente de *FormSus*. **Resultados:** El análisis documental destacó 26 actividades, siendo 12 actividades referentes al acompañamiento de las acciones de control del tabaquismo, ocho referentes a la gestión del programa y seis de educación permanente. En lo que se refiere al análisis cuantitativo, se observó la ampliación de la oferta del tratamiento del tabaquismo en la Atenção Básica à Saúde que concentró la mayor parte de las atenciones. **Conclusión:** El análisis destaca la importancia de las estrategias de educación permanente, de monitoreo y de movilización social en la implantación del tratamiento del tabaquismo en el Estado de Pernambuco posterior a la ley 571/2013, ambas contribuyendo a la ampliación de la oferta de tratamiento del tabaquismo en la Atenção Básica em Saúde del Estado.

Palabras clave: Tabaquismo/prevenção & control; Tabaquismo/terapia; Hábito de Fumar; Serviços de Salud; Gestão en Salud.

Registros Hospitalares de Câncer em Pernambuco: da Gestão ao Registro

Hospital-Based Cancer Registries in Pernambuco: from Management to Registry

Registros Hospitalares de Câncer em Pernambuco: de la Administración a el Registro

Andrea Santos de Oliveira¹; Marcela Maria Nassar de Vasconcelos²; Marcella de Brito Abath³; Isabella Martins Barbosa da Silva Paes⁴; Emmanuely Correia de Lemos⁵

Resumo

Introdução: As neoplasias vêm ganhando destaque no perfil epidemiológico das doenças nas populações do mundo, inclusive no Brasil. Assim, a vigilância do câncer precisou adotar novas estratégias para se adequar à realidade. Uma delas, o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), coleta dados de pacientes diagnosticados e/ou tratados para câncer, sendo importante para qualificar a assistência a eles prestada e para reconhecimento e disseminação de informações sobre morbimortalidade e fatores de risco para o câncer, visando à implementação de medidas para prevenção e controle.

Objetivo: Descrever as estratégias utilizadas pela gestão estadual de Pernambuco para a qualificação do RHC e seus resultados. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, de abordagem mista. Para análise qualitativa, foram utilizados documentos da gestão estadual, de 2012 a 2015, relacionados aos RHC de Pernambuco. Para análise quantitativa, foram utilizadas algumas variáveis da ficha de tumor disponíveis ao público no Integrador RHC, do ano de 2012. Os resultados foram apresentados por meio de linha do tempo e tabela. **Resultados:** A análise documental revelou a adoção de várias estratégias para melhoria do RHC entre 2012 e 2015, foram elas: reuniões com as equipes das unidades hospitalares, implantação do projeto de diagnóstico e intervenção, capacitações e participações em eventos de âmbito nacional. O envio dos bancos de dados apresentou melhora no mesmo período. Quanto à incompletude das informações, apenas uma variável atingiu o patamar de qualidade desejado. **Conclusão:** As estratégias adotadas pela gestão estadual em conjunto com as equipes das unidades hospitalares parecem ter melhorado a qualidade dos RHC.

Palavras-chave: Registros Hospitalares; Neoplasias; Gestão em Saúde.

¹Médica-Veterinária. Especialista em Saúde Coletiva. Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade de Pernambuco (UPE). Recife (PE), Brasil. *E-mail:* soliveiraandrea@gmail.com.

²Biomédica. Especialista em Saúde Coletiva. Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco (Fiocruz-PE). Recife (PE), Brasil. *E-mail:* marcelamnassar@gmail.com.

³Fonoaudióloga. Doutora em Saúde Pública pela Fiocruz-PE. Secretaria Estadual de Saúde (SES). Recife (PE), Brasil. *E-mail:* marcella.abath@gmail.com.

⁴Nutricionista. Mestre em Saúde Pública pela Fiocruz-PE. SES. Recife (PE), Brasil. *E-mail:* imbsp@hotmail.com.

⁵Profissional de Educação Física. Mestre em Saúde Pública pela Fiocruz-PE. SES. Recife (PE), Brasil. *E-mail:* emmanuelylemos@gmail.com.

Endereço para correspondência: Andrea Santos de Oliveira. Rua dos Navegantes, 2831 - apartamento 401 - Boa Viagem. Recife (PE), Brasil. CEP: 51111-080. *E-mail:* soliveiraandrea@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Cresce em importância a presença das neoplasias malignas no perfil epidemiológico de populações no mundo todo, inclusive no Brasil. Esse crescimento está relacionado às transições demográfica, epidemiológica e nutricional, que vêm aumentando a ocorrência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)¹. Esse perfil de adoecimento da população faz com que a vigilância das DCNT, que é o processo contínuo e sistemático de coleta e disseminação de dados referentes a essas doenças, se adeque à nova realidade, sendo parte desse processo a criação e a implantação de registros de câncer.

O primeiro registro de câncer moderno teve início em Hamburgo, Alemanha, em 1926². No Brasil, a vigilância do câncer iniciou-se em 1937, com a criação de um centro especializado para o tratamento da doença no Rio de Janeiro. Em 1967, foi implantado em Pernambuco o primeiro serviço de registro de câncer. Porém, fazia-se necessário um sistema mais estruturado que coletasse os dados de todos os pacientes atendidos em hospitais e gerasse informações que possibilitassem avaliar a eficácia do diagnóstico e tratamento dessas pessoas. Assim, em 1983, o Instituto Nacional de Câncer (atual Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva) (INCA) deu início ao funcionamento do primeiro Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Brasil³.

Os RHC têm por objetivo reunir os dados dos pacientes com diagnóstico de câncer nos hospitais em que foram diagnosticados e/ou tratados. Assim, é possível conhecer o perfil dos pacientes que chegam à unidade e como foram diagnosticados e tratados, além de avaliar a eficácia dos serviços oferecidos, possibilitando o planejamento e a melhoria de sua qualidade³. Os RHC também são úteis como fonte de dados para pesquisas e vigilância epidemiológica⁴.

Em 1998, a portaria nº 3.535/GM tornou obrigatório o funcionamento do RHC para os centros de atendimento em oncologia. Essa obrigatoriedade foi reafirmada sete anos depois, quando o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, que definiu parâmetros para o funcionamento dos RHC. A Portaria MS/SAS nº 741, de 2005, determina que unidades e centros de alta complexidade em oncologia implantem o RHC informatizado. Também estabelece que os dados anuais devem ser encaminhados para o INCA, que deve publicá-los e divulgá-los de forma organizada e analítica⁴.

Para garantir o envio consistente desses dados, em 2002, foi desenvolvido o Sistema para Informatização dos Dados de Registros Hospitalares de Câncer (SisRHC), que realiza o processamento dos dados sobre os casos de câncer. No ano de 2007, foi criado o Integrador RHC,

ferramenta que consolida e permite o acesso e a tabulação desses dados³.

Em Pernambuco, 12 hospitais possuem RHC implantado, sete dos quais se encontram no município de Recife. Destes, seis RHC foram responsáveis por 84% dos registros de casos analíticos no Estado em 2012. De acordo com o INCA, são considerados analíticos: casos diagnosticados e tratados no hospital; casos diagnosticados no hospital, mas com o início da terapêutica realizada em outra instituição e que retornam para complementação terapêutica e acompanhamento; e casos diagnosticados em outra instituição, mas com a primeira etapa terapêutica realizada no hospital e que ficam em acompanhamento na unidade³. Cada uma das unidades apresenta peculiaridades relacionadas à qualidade dos registros. A coordenação estadual do RHC, localizada na Secretaria Estadual de Saúde (SES), permanentemente monitora a situação de cada RHC e elabora estratégias para a sua qualificação.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é descrever as estratégias utilizadas pela gestão estadual de Pernambuco para a qualificação dos RHC e os seus resultados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem mista (qualitativa e a quantitativa). O estudo abrangeu seis dos 12 RHC de Pernambuco, todos localizados no município de Recife, utilizando informações do período entre 2012 e 2015. Dado o grande percentual de casos de câncer no Estado que são registrados na capital, foi definido que apenas os RHC de Recife seriam considerados para este estudo. Um RHC de Recife não foi incluído no estudo por ter sido implantado em 2015 e, portanto, não apresentar dados suficientes para análise.

O estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira, de abordagem qualitativa, utilizou-se técnica da análise documental. A pesquisa documental, realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2016, teve como objetivo identificar as estratégias de qualificação do RHC adotadas pela gestão estadual e analisar as informações registradas em documentos, como por exemplo: relatórios de gestão, atas de reuniões e supervisões, entre outros. Para isso, foram coletados, nos arquivos digitais da equipe técnica da SES de Pernambuco, todos os documentos produzidos sobre os RHC entre os anos de 2012 e 2015^a. Foram analisados os documentos relacionados ao processo de trabalho da SES (memorandos, atas de reuniões, relatórios

^a Os documentos foram reunidos pelos autores do artigo e podem ser acessados no endereço: <https://drive.google.com/open?id=0B6WNYfcRupOZXA1bFZXQjJVQ3M>.

de educação permanente, diagnóstico do RHC), ao trabalho da SES junto aos hospitais e ao INCA (relatórios de supervisão técnica, relatório de encontros nacionais) e documentos institucionais de gestão (Relatório Anual de Gestão e Programação Anual de Saúde). Para análise, esses documentos foram organizados em ordem cronológica, agrupando-se os que tratavam de assuntos afins. As informações passaram por uma classificação sistemática, descrição e interpretação dos conteúdos de acordo com os objetivos do estudo⁵.

Em seguida, o conteúdo de cada documento foi sintetizado pelos autores do estudo para elaboração de uma linha do tempo com os principais acontecimentos relativos ao RHC de Recife entre 2012 e 2015.

A segunda etapa, de abordagem quantitativa, utilizou dados secundários disponíveis no Integrador RHC⁶ à época do estudo, visando a analisar a situação do envio dos bancos de dados e a incompletude de cinco variáveis: “estadiamento do tumor”, “ocupação”, “escolaridade”, “estado da doença ao final do primeiro tratamento” e “razão para não tratar”. Essas cinco variáveis foram definidas pelo INCA, em 2013, para o monitoramento nacional⁷. A partir da análise dos relatórios situacionais dos RHC de 2011 e 2012 e da análise quantitativa dos dados extraídos do Integrador RHC em fevereiro de 2016, foi elaborada uma tabela com a situação do envio dos bancos de dados em cada ano do período analisado (2012 a 2015). Para a análise da incompletude das cinco variáveis, os dados foram obtidos do Integrador RHC. Foram incluídos os casos analíticos de câncer relativos ao ano de 2012, o mais atualizado na ferramenta para todos os RHC. As análises foram feitas no programa Excel e os resultados foram apresentados em tabelas de distribuição de frequências absoluta e relativa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz sob o número do parecer 1.321.955 e do CAAE: 50223515.0.0000.5192, em 13 de novembro de 2015.

RESULTADOS

ANÁLISE DOCUMENTAL

Observou-se que a SES adotou diversas estratégias para qualificar o RHC, entre as quais: reuniões com as equipes das unidades hospitalares e com os coordenadores dos RHC, implantação de projeto de diagnóstico e intervenção, capacitações e participações em eventos de âmbito nacional. Os principais marcos do RHC no período do estudo encontram-se assinalados na linha do tempo (Figura 1).

Em 2012, a equipe da SES realizou o diagnóstico situacional do RHC em Pernambuco. Nele, constataram-se



Figura 1. Linha do tempo dos RHC de Pernambuco, Pernambuco, 2012 a 2015

Fonte: Documentos referentes ao processo de trabalho da gestão estadual do RHC na SES/PE do período de 2012 a 2015.

baixa qualidade da informação e problemas enfrentados por cada unidade, tais como: atraso na coleta, processamento e envio dos dados, deficiência de recursos humanos, subnotificação e incompletude das informações. Como encaminhamento para 2013, indicou-se a continuidade das visitas de supervisão. Sua realização foi mantida ao longo dos anos seguintes, de forma a manter a coordenação estadual sempre próxima às equipes das unidades hospitalares, tomando ciência de suas dificuldades e buscando meios para minimizá-las e/ou saná-las.

Em 2013, a equipe da SES idealizou o projeto de diagnóstico do RHC buscando estratégias de qualificação do registro. Seu objetivo era conhecer o funcionamento do RHC de cada hospital e identificar as causas dos problemas observados. O projeto detalhava as etapas necessárias e estabelecia as metas que se esperava atingir após sua realização e teve continuidade durante os dois anos seguintes (2014 e 2015).

Visando a trocar experiências com representantes dos RHC de todo o Brasil, a coordenação do RHC de Pernambuco participou do *V Encontro Técnico Anual de Avaliação das Ações em Vigilância e Registros de Câncer*, realizado pelo INCA em 2013. Na ocasião, foram pactuados indicadores a serem observados pelas coordenações estaduais e foi estabelecido o que deveria ser feito para alcançar as metas. No encontro seguinte, em 2014, constatou-se melhora nos indicadores de Pernambuco. A gestão estadual foi convidada a participar de mesa-redonda, na qual apresentou o projeto de diagnóstico. Uma importante recomendação que resultou das apresentações e debates foi que se mantivesse o acompanhamento sistemático dos indicadores, com o cuidado de não perder a série histórica na tentativa de atualizar informações.

Um desdobramento do projeto de diagnóstico aconteceu na metade de 2013: a contratação de estagiários de nível superior para todas as unidades, com financiamento da SES. A atuação dos estagiários resultou em melhorias no processo de trabalho dos RHC e na formação profissional deles.

Outra atividade realizada em 2013 foi um curso de registradores de câncer, realizado com o apoio do INCA para profissionais da SES e membros das equipes dos RHC das unidades. Essa estratégia permaneceu ao longo dos anos, com a realização de um curso de formação em análise de dados em 2014 e de um curso sobre o Integrador RHC e análise de dados em 2015.

Ainda, visando a promover o conhecimento nas unidades hospitalares acerca do registro de câncer e sensibilizar os diversos profissionais de saúde, em 2015, foram confeccionados e distribuídos para as 12 unidades de Pernambuco *banners* com informações sobre o RHC: o que é, como é realizado, qual é a sua importância. E com o objetivo de manter a proximidade entre SES e unidades hospitalares, em 2015, foram realizadas reuniões de monitoramento com os coordenadores das equipes dos RHC.

Em outubro de 2015, aconteceu a *XIX Reunião da Associação Brasileira de Registro de Câncer (ABRC)*, na qual a gestão estadual apresentou o projeto de diagnóstico. Essa iniciativa foi premiada pela organização do evento com o primeiro lugar entre os trabalhos apresentados⁸. Além da equipe da SES, participaram da reunião representantes das equipes de três RHC de

Pernambuco, que também relataram suas experiências em apresentações orais e pôsteres.

Durante esses quatro anos, dois instrumentos de planejamento foram importantes para estabelecer as metas para os RHC de Pernambuco e prestar contas das atividades realizadas: a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Em 2012, a meta era implantar no Estado dez RHC. O RAG de 2015 mostrou que esse objetivo foi ultrapassado, pois atualmente há 12 RHC em funcionamento em Pernambuco. Além disso, os RAG analisados revelavam uma preocupação em incluir aspectos relativos à qualidade dos RHC, relatando, de forma sucinta, as realizações de cada ano.

ANÁLISE QUANTITATIVA DOS RHC

Quanto à atualidade do envio dos bancos de dados, em 2012, apenas uma unidade hospitalar tinha o envio dentro do parâmetro preconizado pelo INCA, que admite dois anos de atraso em relação ao ano-calendário⁷, e quatro tinham mais de três anos de atraso. Já em 2015, quatro unidades hospitalares apresentavam envio regular, e nenhuma apresentou mais de três anos de atraso (Tabela 1).

Das cinco variáveis monitoradas pelo INCA⁷, apenas uma (razão para não tratar) apresentou menos de 5% de incompletude, parâmetro considerado adequado pelo órgão, que usa o critério de incompletude menor que 10% como aceitável⁴. Duas variáveis apresentaram mais de 30% de ausência de registros (Tabela 2).

Tabela 1. Situação de envio dos bancos de dados dos RHC entre 2012 e 2015. Recife, 2015

Situação	Ano de envio			
	2012	2013	2014	2015
Envio regular (2 anos de atraso)	1	2	3	4
Situação de atenção (3 anos de atraso)	1	1	2	2
Atrasado (mais de 3 anos de atraso)	4	3	1	0

Fonte: Integrador RHC/INCA. Dados tabulados em 17/2/2016, sujeito à atualização.

Tabela 2. Distribuição dos casos analíticos com informação ignorada ou em branco para as variáveis escolaridade, ocupação, estadiamento TNM, razão para não tratar e estado da doença ao final do primeiro tratamento. Recife, 2012

Variável	N	%
Razão para não tratar	259	3,9
Estado da doença ao final do 1º tratamento	832	12,6
Ocupação	1.306	19,7
Escolaridade	2.350	35,5
Estadiamento TNM	2.425	36,6

Fonte: Integrador RHC/INCA. Dados tabulados em 17/2/2016, sujeito à atualização.

DISCUSSÃO

Os principais achados deste estudo revelam que os RHC de Pernambuco apresentavam diversos problemas relativos à qualidade das informações geradas. A identificação dessas dificuldades foi a base para a formulação de estratégias visando à qualificação dos registros, as principais foram: realização periódica de visitas técnicas aos RHC, realização do projeto de diagnóstico dos RHC do Estado, contratação de estagiários, realização de capacitações e participação de membros da SES em eventos nacionais.

A iniciativa do projeto de diagnóstico realizado pelo Estado é uma forma de apoio institucional, cujo objetivo é oferecer suporte às organizações, de forma democrática e levando em conta a autonomia dos sujeitos para iniciar um processo de mudança^{9,10}. O apoio institucional exige postura interativa e complementa funções tradicionais como a de coordenação, buscando diminuir a distância que tradicionalmente existe entre gestão e operadores finais^{9,10}. O diagnóstico foi realizado em conjunto com as equipes dos RHC e profissionais de outras equipes importantes para o funcionamento do setor, espelhando o processo de trabalho e as dificuldades vivenciadas por eles.

Um dos resultados do projeto de diagnóstico foi a contratação de estagiários para os RHC. A prática do estágio é benéfica tanto para o acadêmico quanto para a unidade de saúde onde ele atua: ao se deparar com situações reais, o estudante aplica seus conhecimentos teóricos e exerce o papel de profissional, desenvolvendo suas próprias competências e modificando o espaço do serviço de saúde¹¹.

Os cursos de formação para os profissionais dos RHC foram uma importante iniciativa para qualificar o serviço prestado. A realização de ações de educação permanente visa à transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho. Ela é feita no cotidiano dos trabalhadores, a partir de problemas práticos reais, e leva em conta conhecimentos e experiências prévios dos envolvidos¹². Isso porque as pessoas têm suas próprias ideias e concepções acerca do trabalho, e cabe aos gestores oferecer-lhes as condições de ir além, construir mais conhecimento e perceber possibilidades de mudanças benéficas para si próprias e para as organizações onde se inserem¹³.

As reuniões de monitoramento foram mais uma oportunidade para a SES exercer seu papel de gestão, apoiando os RHC. Nelas, foram abordados diversos temas pertinentes ao registro de câncer. Nascimento e Alves¹⁴ constataram que um dos maiores problemas citados pelos entrevistados de três diferentes RHC foi a falta de apoio

da gestão estadual. Como Novaes, Tanaka e Cecilio¹⁵ apontam, a esfera estadual tem muito a contribuir para a melhoria do processo de trabalho e definição de prioridades nos serviços de saúde.

Em relação à análise quantitativa, o envio regular e o preenchimento adequado de cada variável são necessários para que se obtenham informações corretas e para uma assistência de qualidade. Uma das áreas em que houve mais progresso foi o envio dos bancos de dados. Em 2012, apenas uma unidade hospitalar se encontrava com o envio dentro do considerado regular, e quatro apresentavam atraso de três anos ou mais. A situação melhorou progressivamente até 2015, quando quatro RHC já haviam enviado os bancos relativos ao ano de 2013, e nenhuma unidade hospitalar apresentava atraso maior que três anos.

No que diz respeito à incompletude das variáveis, o INCA estabelece que a meta para qualidade é igual ou inferior a 10%⁴. Dessa maneira, apenas a variável “razão para não tratar” apresentou um percentual de incompletude satisfatório, as variáveis “estado da doença ao final do primeiro tratamento” e “ocupação” foram as com percentual de completude maior entre as demais.

A variável “estado da doença ao final do primeiro tratamento” é essencial para saber a resposta do tumor ao tratamento iniciado e para avaliar a necessidade de repetir ou alterar o esquema terapêutico³. Em relação à variável “ocupação”, é preciso considerar que entre 8% e 16% dos tumores decorrem de exposição ocupacional. Assim, o preenchimento dessa variável é necessário para que se investigue uma possível relação causal e também para o fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador^{3,16}. Grabois et al.¹⁷, analisando o preenchimento da “ocupação” em quatro localizações primárias, encontraram uma média de 39,1% de ausência de informação no Nordeste, quase o dobro do percentual dos RHC de Pernambuco. Já Pinto et al.¹⁸ constataram uma incompletude de 15,5% para essa variável, percentual mais próximo ao obtido no presente estudo.

As variáveis “escolaridade” e “estadiamento TNM” tiveram os maiores percentuais de ausência de informação. A escolaridade funciona como um avaliador indireto da situação socioeconômica do paciente, que costuma estar intimamente relacionada ao adoecimento e a outros fatores³. Já o registro do estadiamento do tumor depende da cooperação dos médicos, que devem estabelecê-lo e anotar imediatamente no prontuário, visto que esta é uma informação que reflete aquele momento e não pode ser resgatada posteriormente³. O percentual encontrado neste estudo está abaixo da média de ausência de informação registrada por Arregi¹⁹ no RHC do Ceará,

que foi de 62,7% para o período entre 1992 e 1996. Pinto et al.¹⁸ também observaram alta incompletude para essas variáveis, sendo 31,2% para “grau de informação” e 49,8% para “TNM”. Já D’Alessandro, Antoniazzi e Abreu²⁰ relataram incompletude de 69% para a variável “instrução” e 35% para “TNM”.

Uma das limitações deste estudo foi o fato de as unidades hospitalares analisadas representarem metade do total dos RHC de Pernambuco. Porém, são essas unidades que atendem à maioria dos pacientes no Estado, representando 84% dos casos registrados. Além disso, a ausência de registros relativos à situação dos bancos de dados dos RHC de Pernambuco em anos anteriores às iniciativas de qualificação aqui apresentadas impossibilitou traçar o panorama do RHC do Estado naquela época e compará-lo à situação atual, especialmente considerando que os dados inseridos no Integrador RHC são periodicamente atualizados pelas equipes das unidades hospitalares. Outra limitação do estudo foi não incluir os anos de 2013 a 2015 na análise das informações ignoradas ou em branco pelos motivos já expostos no texto.

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou que a gestão estadual do RHC em Pernambuco realizou reuniões com as equipes das unidades hospitalares e com os coordenadores dos RHC, implantou o projeto de diagnóstico e intervenção, promoveu capacitações e participou de eventos de âmbito nacional como estratégias para qualificar o RHC no Estado. Também foi constatada a melhoria no tempo de envio dos bancos de dados. Quanto à incompletude das variáveis, apenas uma se encontrou no patamar de qualidade preconizado.

É essencial que iniciativas para garantir a qualidade dos registros sejam mantidas, com foco na educação permanente, no monitoramento constante de indicadores, no investimento em recursos humanos e no intercâmbio de conhecimentos e experiências entre os profissionais da SES, das unidades hospitalares e do INCA.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores participaram da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito, aprovação final da versão a ser publicada, e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2016.
2. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Cancer registration: principles and methods [Internet]. Lyon: IARC; 1991 [acesso em 2016 mar 27]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1894333>.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 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: Inca; 2012.
4. Instituto Nacional de Câncer (BR). Registros Hospitalares de Câncer: planejamento e gestão. Rio de Janeiro: Inca; 2010. 536 p.
5. Navarrete ML, Silva MR, Pérez AS, Sanmamed MJ, Gallego ME, Lorenzo IV. Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde. Recife: IMIP; 2009.
6. Integrador RHC: Registro Hospitalar de Câncer [Internet]. Rio de Janeiro: Inca. 1985- [acesso em 2017 set 8]. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/visualizaTabNetExterno.action>.
7. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Matriz de indicadores: V Encontro Técnico de Registro de Câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2013 [acesso em 10 fev 2016]. Disponível em: <https://drive.google.com/open?id=0B6WNYfcpRupOQUUwM0NpdGwtaVE>.
8. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Equipe SES brilha na XIX Reunião da ABRC em Fortaleza [Internet]. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco; 2015 [acesso em 10 fev 2016]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/equipe-da-ses-brilha-na-xix-reuniao-da-abrc-em->.
9. Pereira N, Campos GW. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. Interface. 2014;18 Suppl 1:895-908.
10. Campos GWDS, Figueiredo MD, Pereira N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface. 2014;18 Suppl 1:983-95.
11. Benito GA, Tristão KM, Paula AC, Santos MA, Ataíde LJ, Lima RD. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. Rev Bras Enferm. 2012;65(1):172-8.
12. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

13. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface*. 2005;9(18):489-506.
14. Nascimento LR, Alves SV. Análise do Funcionamento do Registro Hospitalar de Câncer em Três Cidades do Nordeste Brasileiro. *Rev bras cancerol*. 2011;57(4):473-82.
15. Novaes HM, Tanaka OY, Cecilio LC. A epidemiologia na avaliação dos serviços de saúde: a discussão da qualidade. *Saude soc*. 1995;4(1/2):111-7.
16. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho. Rio de Janeiro: Inca; 2012.
17. Grabois MF, Souza MC, Guimarães RM, Otero UB. Completude da informação “ocupação” nos registros hospitalares de câncer do Brasil: bases para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho. *Rev bras cancerol*. 2014;60(3):207-14.
18. Pinto IV, Ramos DN, Costa MCE, Ferreira CBT, Rebelo MS. Completude e consistência dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil. *Cad saúde colet*. 2012;20(1):113-20.
19. Arregi MM. Registro hospitalar de câncer: cinco anos de experiência no Instituto do Câncer do Ceará, Brasil. *Rev bras cancerol*. 2000;46 (4):377-87.
20. D’Alessandro TAL, Antoniazzi BN, Abreu DMX. Registros hospitalares de câncer de Minas Gerais: análise de consistência das bases de dados. *Cad saúde colet*. 2010;18(3):410-7.

Abstract

Introduction: Neoplasms have been playing an increasingly important role in the epidemiological profile of populations all over the world, including in Brazil. Therefore, cancer surveillance has needed reformulation to adapt to this reality. One of these tools is the Hospital-based Cancer Registry (HCR), which collects data from patients who were diagnosed with and/ or treated for cancer. The HCR is important to qualify the assistance given to those patients, as well as for the recognition and dissemination of information on morbidity and mortality and cancer risk factors, aiming to implement measures for prevention and control. **Objective:** To describe the strategies used by the state management in Pernambuco to qualify the HCR and its results. **Methods:** Cross-sectional, descriptive, mixed method research. For documental analysis, we used documents from the state management, from 2012 to 2015, regarding the HCR in Pernambuco. For quantitative analysis, we used cancer records available to the public in the Integrador RHC tool, from 2012. Results were presented in timeline and tables about the dispatching of data banks situation and absolute and relative frequencies. **Results:** Documental analysis revealed the adoption of many strategies for improving the HCR between 2012 and 2015: meetings with hospital teams, implantation of the diagnosis and intervention project, trainings and participation in nationwide events. The dispatching of data banks was improved during that period. As for incompleteness of information, only one variable showed the desired level of quality. **Conclusion:** The strategies adopted by the state management along with hospital teams seems to have improved the quality of the HCR. **Key words:** Hospital Records; Neoplasm; Health Management.

Resumen

Introducción: Las neoplasias se han destacado cada vez más en el perfil epidemiológico de poblaciones de todo el mundo, incluso en Brasil. En consecuencia de esto, la vigilancia de cáncer ha necesitado adoptar nuevas estrategias para adecuarse a la realidad. Una de las herramientas utilizadas para esto es el Registro Hospitalario de Cáncer (RHC), que reúne los datos de los pacientes que fueron diagnosticados y/o tratados de cáncer, siendo importante para calificar la asistencia prestada a esos pacientes, así como para el reconocimiento y diseminación de informaciones sobre morbimortalidad y factores de riesgo para el cáncer, buscando la implementación de medidas para prevención y control. **Objetivo:** Describir las estrategias utilizadas por la gestión del Estado de Pernambuco para la calificación del RHC y sus resultados. **Métodos:** Estudio transversal, descriptivo, de abordaje mixta. Para el análisis cualitativo fueron utilizados documentos de la gestión estadual, entre los años de 2012 y 2015, relacionados al RHC de Recife. Para el análisis cuantitativo fueron usadas algunas variables de la ficha de tumor disponibles para el público en el Integrador RHC, del año de 2012. Los resultados fueron presentados por medio de línea del tiempo y tablas de situación de envío de datos y de frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** El análisis documental reveló la adopción de varias estrategias para mejorar el RHC entre 2012 y 2015, fueron ellas: reuniones con los equipos de las unidades hospitalarias, implantación del proyecto de diagnóstico e intervención, capacitaciones y participaciones en eventos de ámbito nacional. El envío de los bancos de datos presentó mejora en el mismo periodo. En cuanto a la incompletud de las informaciones, solamente una variable ha alcanzado en el nivel de calidad deseado. **Conclusión:** Las estrategias adoptadas por la gestión estadual en conjunto con los equipos de las unidades hospitalarias parecen haber mejorado la calidad de los RHC.

Palabras clave: Registros de Hospitales; Neoplasias; Gestión en Salud.

Desafios à Integralidade da Assistência em Cuidados Paliativos na Pediatria Oncológica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

Challenges to the Integrality of Assistance in Palliative Care in the Pediatric Ward of the National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva

Desafíos a la Integralidad de la Asistencia en Cuidados Paliativos en la Pediatría Oncológica del Instituto Nacional de Cáncer José Alencar Gomes da Silva

Gabrieli Branco Martins; Senir Santos da Hora

Resumo

Introdução: A integralidade da assistência em cuidados paliativos na oncologia pediátrica apresenta desafios na medida em que há pouca oferta desse tipo de cuidado e, principalmente, no que se refere à interlocução de políticas públicas que auxiliem no processo de desospitalização. **Objetivos:** Identificar e refletir sobre os desafios elencados pela equipe multiprofissional da pediatria oncológica do INCA, que interferem na integralidade da assistência em cuidados paliativos. **Método:** Pesquisa qualitativa com base na hermenêutica dialética e no referencial teórico marxista com participação de nove profissionais de nível superior da equipe multiprofissional da clínica de pediatria oncológica do INCA. Os dados foram coletados por meio de entrevista, entre agosto e dezembro de 2016. **Resultados:** Identificaram-se seis categorias empíricas que se apresentam como desafios à integralidade da assistência em cuidados paliativos: dissociação entre cuidado curativo e cuidado paliativo; centralidade da prática médica; organização do serviço; estrutura física e recursos humanos; capacitação em cuidados paliativos; e articulação com a rede de serviços de saúde. **Conclusão:** A integralidade na assistência em cuidados paliativos na pediatria do INCA constitui-se um grande desafio em consequência da dicotomia entre assistência curativa e paliativa; do persistente modelo hospitalocêntrico, dificultando a desospitalização; da organização da rotina do serviço imprópria à comunicação e troca de saberes entre a equipe multiprofissional; da estrutura física e recursos humanos insuficientes, incluindo a falta de capacitação para essa modalidade de assistência; além da fragmentação da rede de serviços de saúde.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde; Cuidados Paliativos; Oncologia; Pediatria; Institutos de Câncer.

¹Assistente Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Mestranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). E-mail: gabrielmartins@id.uff.br.

²Assistente Social do INCA. Mestre em Serviço Social e Desenvolvimento Regional pela UFF. Doutoranda em Política Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGSS/UERJ). E-mail: senirsantos@hotmail.com.

Endereço para correspondência: Gabrieli Branco Martins, Rua Miguel de Frias, 41 - apartamento 1604 - Bloco 3 - Icaraí, Niterói (RJ), Brasil. CEP: 24220-008. E-mail: gabrielmartins@id.uff.br.

INTRODUÇÃO

O câncer infantojuvenil é considerado um evento raro, apesar de ser um problema importante no âmbito da Saúde Pública, em consequência dos seus profundos impactos físicos, psicológicos e sociais¹. Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o câncer em crianças e adolescentes corresponde de 1% a 3% de todos os tumores no Brasil. Para o período de 2016 e 2017, estimou-se a incidência de 12.600 casos de câncer compreendendo essa faixa etária no país, com exceção dos tumores de pele não melanoma². Apesar de o tratamento ser considerado promissor quando realizado precocemente, o câncer pediátrico ameaça à vida, e cerca de 30% dos pacientes atendidos na pediatria do INCA vão a óbito em razão da progressão da doença³.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o cuidado paliativo pediátrico (neste trabalho, utilizaram-se os termos “infantojuvenil”, “em crianças e adolescentes” e “pediátrico” como sinônimos) é uma modalidade de assistência essencialmente multiprofissional que prevê o cuidado ativo e total para as crianças e adolescentes que vivenciam uma doença que ameaça à vida. O cuidado ativo e total significa um cuidado intenso e global para os pacientes e seus familiares, com suporte premente a todos os aspectos que abarcam a vida do indivíduo por meio de uma perspectiva holística, envolvendo questões físicas, psicológicas, sociais e espirituais. O cuidado paliativo infantojuvenil deve ser iniciado logo após o diagnóstico e concomitante ao tratamento curativo, preconizando o alívio do sofrimento e a autonomia da família com a participação do paciente (a partir da capacidade evolutiva de tomada de decisões deste último) e, principalmente, o controle da dor, independentemente de sua natureza⁴.

Para Silva e Hortale, “Paliar é uma dimensão crítica do cuidado em saúde”⁵ e evidencia a noção ampliada de saúde⁶, pois seu olhar vai além das questões estritamente clínicas, visando ao atendimento integral. Segundo o *Dicionário de Educação do Profissional em Saúde*⁷, atendimento integral está relacionado ao princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê um conjunto articulado de ações e serviços de saúde e busca “reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde”⁷. A integralidade como princípio do SUS pressupõe a concretização da interdisciplinaridade e da intersectorialidade entre a saúde e as demais políticas públicas⁸.

A interdisciplinaridade é entendida como uma integração horizontal entre os diferentes saberes na área da saúde, sob a perspectiva da superação de qualquer visão fragmentada e/ou dicotômica frente à busca pela totalidade do conhecimento e das conexões mais

profundas entre as ciências⁹. Já a intersectorialidade é definida como a integração entre as políticas sociais e entre as ações e serviços de saúde, com “interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), visando ao enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área de política pública”¹⁰. Sendo assim, em ambas as concepções estão presentes, para sua consecução, o imperativo da integralidade como princípio doutrinário do SUS. Dessa forma, ações contínuas de intersectorialidade e interdisciplinaridade são necessárias no atendimento em saúde, especialmente na perspectiva da integralidade que o cuidado paliativo infantojuvenil alvitra⁷.

No INCA, pacientes adultos em cuidados paliativos são encaminhados para uma unidade dirigida especialmente para essa modalidade de atenção, o Hospital do Câncer IV (HCIV), onde recebem tratamento paliativo da equipe multiprofissional especializada. Entretanto, para o público infantojuvenil (0 a 18 anos), os cuidados paliativos são realizados na clínica de pediatria por um profissional médico paliativista, não havendo uma equipe multiprofissional de referência para atuar nas especificidades deste tipo de cuidado.

A motivação pela abordagem paliativa às crianças e adolescentes originou-se em virtude da atuação na clínica de pediatria oncológica. As situações vivenciadas no cotidiano de trabalho, assim como a organização institucional do INCA na clínica de pediatria oncológica, despertaram o interesse em identificar os desafios à assistência em cuidados paliativos.

Por conseguinte, o presente estudo visa a investigar os entraves ao cuidado paliativo pediátrico no INCA, respondendo à seguinte pergunta: “Quais são os desafios para a integralidade da assistência em cuidados paliativos na pediatria oncológica do INCA?”. A partir dessa questão norteadora e com base no imperativo da integralidade, objetivou-se identificar e refletir sobre os desafios da assistência em cuidados paliativos colocados pela equipe multiprofissional da pediatria do INCA.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, que busca compreender os desafios para a integralidade do cuidado paliativo no contexto do serviço de pediatria oncológica do INCA. Este estudo foi realizado por meio de pesquisa de campo, no qual o material empírico produzido das entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde vinculados ao serviço foi analisado com base no referencial teórico marxista e na técnica de análise de dados hermenêutica-dialética.

A pesquisa de campo, realizada entre os meses de agosto e dezembro de 2016, no Serviço de Pediatria

Oncológica do INCA, no Rio de Janeiro, teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do INCA com o número do parecer 1.630.330 (CAE 56561716.8.0000.5274 em 10/7/2016).

Os dados foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas, a partir de uma amostra não probabilística de nove profissionais, um de cada categoria de nível superior, pertencente à equipe multiprofissional da clínica de pediatria oncológica do INCA. A escolha dos profissionais deu-se por indicação das respectivas chefias de cada categoria profissional, uma vez que não há uma equipe dedicada exclusivamente aos cuidados paliativos na clínica pesquisada. A amostra teve apenas uma recusa, contudo, esse fato não causou prejuízo à coleta de dados, uma vez que outra profissional da mesma categoria e com experiência no cenário de estudo foi indicada pela chefia e aceitou participar. As entrevistas foram audiogravadas e realizadas em espaço reservado nas dependências do INCA por uma das autoras.

Os pontos abordados nas entrevistas seguiram rigorosamente o roteiro semiestruturado submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do INCA. São eles: interesse em trabalhar na pediatria; interesse em trabalhar na oncologia; entendimento por cuidado paliativo na atenção oncológica infantojuvenil; papel da equipe multiprofissional no cuidado paliativo; intervenção no cuidado paliativo; abordagem em cuidados paliativos na pediatria do INCA; efetivação de atendimento interdisciplinar; indicação de cuidados paliativos; abordagem com a família; princípios paliativistas na organização do processo de trabalho; rede intersetorial de cuidados paliativos; desafios e possibilidades para o atendimento integral.

Assegurou-se o sigilo aos participantes ao não se identificar a categoria profissional nas citações das falas no corpo do trabalho. Esse cuidado foi de extrema relevância, uma vez que, na clínica de pediatria do INCA, existem categorias profissionais que contam com apenas um profissional na assistência, portanto sinalizar as categorias colocaria em exposição alguns autores dos depoimentos.

Em relação aos riscos aos entrevistados, evitou-se a ocorrência de possíveis constrangimentos ao profissional que não soubesse a proposta da pesquisa, tendo um momento de explicação prévia sobre o assunto, assim como a assinatura do Termo de Compromisso Livre Esclarecido (TCLE). Para preservar o sigilo das informações e possíveis interrupções que pudessem atrapalhar o momento da coleta de dados, as entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade do entrevistado e realizadas em sala reservada exclusivamente para essa finalidade.

A análise dos dados foi realizada pelas autoras deste artigo, em conjunto, entre os meses de dezembro de 2016

e fevereiro de 2017, por meio da técnica hermenêutico-dialética e com base no referencial teórico marxista. Essa técnica possibilita uma interpretação da realidade, pois articula a perspectiva compreensiva da hermenêutica com a criticidade do método dialético. Essa técnica de análise considera o sujeito como um ser histórico, tendo a linguagem como núcleo central, entendendo os fenômenos por intermédio da vida cotidiana e levando em consideração a cultura e o contexto dos atores sociais¹¹.

Já o referencial teórico marxista ressalta que a construção do conhecimento parte da realidade concreta de sucessivas abstrações que, por meio da razão dialética, apreende o desenvolvimento histórico e as contradições das relações sociais¹¹. Ou seja, ainda que a realidade seja produto das relações sociais e da objetivação do ser social, é necessário percorrer um caminho de análise que permita conhecer profundamente sua estruturação e funcionamento, dado que a experiência exclusiva do cotidiano não permite seu entendimento. Essa concepção teórica exige superar quaisquer determinismos interpretativos, pois uma análise concreta e objetiva implica uma interrelação dialética entre estrutura e sujeito¹².

Nessa direção, a análise de dados foi realizada considerando a seguinte trajetória metodológica: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.

Para a etapa de organização dos dados, realizou-se a identificação do material empírico coletado e a transcrição das entrevistas (totalizando 59 laudas), com a leitura preliminar do material, assim como a primeira organização dos diferentes dados contemplados no campo de estudo.

Na classificação dos dados, as transcrições foram lidas exaustivamente, e os trechos com as estruturas relevantes e ideias centrais das falas dos entrevistados foram selecionados, agrupados e classificados a partir das categorias empíricas, nas quais as unidades de sentido eram semelhantes. Os critérios para inclusão e agrupamento das falas foram a recorrência, a expressividade e a relevância para compreensão do objeto, quer por homogeneidade, quer por singularidade. Realizou-se o confronto dialético das ideias e posições dos sujeitos que estabelecem relações na abordagem em cuidados paliativos na pediatria oncológica, pela categoria analítica integralidade que constituiu o fio condutor deste estudo.

Nessa etapa, foram identificadas duas unidades de sentido: “Desafios na abordagem do cuidado paliativo pediátrico no INCA” e “Desafios institucionais na pediatria do INCA”. A partir das unidades de sentido, foi possível a identificação das categorias empíricas, o que possibilitou uma primeira aproximação com os achados da pesquisa visando à compreensão da lógica das falas recorrentes que estavam diretamente ligadas ao objeto de estudo.

Na análise final, fez-se a articulação do material empírico e do referencial teórico, a partir da intersecção de diferentes olhares e falas com a interação entre as diferentes informações coletadas e as impressões das pesquisadoras. Segundo Minayo¹³, é nessa fase que se dá “o verdadeiro movimento circular, que vai do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, que busca as riquezas do particular e do geral”¹³, pois foi na análise final dos dados que se trabalhou mais intensamente as informações obtidas junto ao referencial teórico marxista, favorecendo na compreensão do objeto estudado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como já exposto no método do estudo, ao todo foram realizadas nove entrevistas, com um profissional entrevistado em cada categoria de nível superior presente na clínica de pediatria oncológica do INCA: medicina; enfermagem; odontologia; serviço social; psicologia; fisioterapia; terapia ocupacional; fonoaudiologia e nutrição.

Todos os participantes eram do sexo feminino e graduaram-se entre o período de 1983 e 2006. Oito deles eram estatutários e apenas um tinha vínculo de contrato, com a média de 9,3 anos de serviço na instituição, incluindo extremos de três e 30 anos. Dos nove entrevistados, apenas três declararam ter realizado algum curso de especialização ou capacitação em cuidados paliativos.

A partir dessas informações, pode-se refletir sobre a ausência de formação do profissional de saúde nessa área, visto que o cuidado paliativo é considerado uma modalidade de assistência recente no Brasil e possui desafios para sua concretização que partem desde escassez de políticas públicas nesse âmbito até o despreparo de profissionais para esse tipo abordagem¹⁴. O perfil da amostra indica que apenas 33,3% dos profissionais entrevistados possuem algum tipo de formação em cuidado paliativo, apesar de atuarem numa clínica de oncologia pediátrica e possuírem uma média de 19 anos de formados.

Além disso, chama atenção o fato de a amostra ser composta exclusivamente por mulheres, refletindo uma construção histórica das relações sociais de gênero, que naturaliza a mulher no papel de cuidadora¹⁵. Um exemplo disso é o resultado da pesquisa realizada no HCIV sobre o perfil, as condições de inserção e participação do cuidador junto ao paciente com câncer avançado, atendidos no INCA no período de agosto de 2003 e janeiro de 2004, que constatou que 96% dos cuidadores eram do sexo feminino¹⁶. Observa-se que o resultado

ratifica a correspondência das desigualdades de gênero no âmbito do cuidado. Dessa forma, compreender a construção histórica do papel da mulher na sociedade é essencial na interpretação do perfil dos profissionais indicados para a realização deste estudo, uma vez que o senso comum estabelece o cuidado como tarefa inerente ao gênero feminino.

A respeito das limitações desse estudo, evidencia-se que, assim como em toda pesquisa científica, o produto da realidade aqui investigada é resultado da compreensão e interpretação das pesquisadoras junto ao referencial teórico e analítico utilizado. Entretanto, em pesquisas de caráter qualitativo, em que as conclusões são resultado de um caminho metodológico de análise e não de verificação de verdades primeiras, sua validação tende a ser questionada especialmente pelos seguidores da perspectiva positivista¹¹. Dessa forma, reitera-se que as limitações do estudo se relacionam à escolha da amostra, pois a pesquisa é restrita à equipe multiprofissional e existem outros atores envolvidos direta e indiretamente no processo de cuidado em saúde na clínica de pediatria oncológica do INCA que não fizeram parte do desenho dessa investigação como, por exemplo, os familiares, pacientes e gestores.

Justificando a escolha da amostra, vale ressaltar que este estudo parte do pressuposto que os profissionais presentes no cotidiano da clínica dominam a complexidade do tratamento oncológico infantojuvenil e, em razão das suas vivências, conhecem os desafios da assistência em cuidados paliativos nesse cenário. Nesse sentido, corrobora-se o que assevera Minayo quanto à construção do conhecimento a partir da pesquisa qualitativa “que tem como matéria prima as opiniões, crenças, valores, representações, relações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade”¹³.

Destarte, a partir da análise dos dados conforme o caminho metodológico escolhido, foram selecionados 16 recortes de fala que melhor representam as unidades de sentido e as respectivas categorias empíricas encontradas. As duas unidades de sentido são: “Desafios na abordagem do cuidado paliativo pediátrico no INCA” e “Desafios institucionais na pediatria do INCA”.

Na unidade “Desafios na abordagem do cuidado paliativo pediátrico no INCA”, identificaram-se duas categorias empíricas: “Dissociação entre cuidado curativo e cuidado paliativo” e “Centralidade da prática médica”. Na unidade de sentido “Desafios institucionais na pediatria do INCA”, verificaram-se quatro categorias empíricas: “organização do serviço”; “estrutura física e recursos humanos”; “capacitação em cuidados paliativos”; e “articulação com a rede de serviços de saúde”.

Na unidade de sentido “Desafios na abordagem do cuidado paliativo pediátrico no INCA”, concentram-se

as falas que reúnem informações sobre as características do atendimento em cuidado paliativo prestado na clínica de pediatria do INCA.

Na unidade de sentido “Desafios institucionais na pediatria do INCA”, concentram-se as falas que indicam os entraves em níveis organizacional e estrutural para realização dos cuidados paliativos na pediatria do INCA.

DESAFIOS NA ABORDAGEM DO CUIDADO PALIATIVO PEDIÁTRICO NO INCA: DISSOCIAÇÃO ENTRE CUIDADO CURATIVO E PALIATIVO

Segundo as entrevistadas, na maioria dos casos, a abordagem em cuidado paliativo na pediatria do INCA acontece quando a proposta curativa é exaurida, como exemplifica as falas dos participantes:

Pelas experiências que eu tive aqui, que eu já presenciei, geralmente acontece quando o paciente está muito grave, com a doença avançada e se interrompe um tratamento curativo (E.1).

Quando o cuidado com a intenção curativa, que geralmente é exaustivamente tentado, não surte efeito. E infelizmente é assim, é dissociado do cuidado paliativo (E.7).

Quando a criança está em processo de morte-morrer, principalmente nas últimas semanas, é que a gente acaba dizendo, classificando em paciente paliativo e isso é muito ruim (E.1).

Para a Academia Americana de Pediatria¹⁷, com o avanço da doença e a conseqüente limitação das possibilidades de cura, a assistência em cuidados paliativos deve ser intensificada progressivamente.

Dessa maneira, não realizar medidas paliativas até que o tratamento curativo seja esgotado pode prejudicar na abordagem precoce de questões delicadas, como a restrição ou supressão de tratamentos invasivos no fim da vida¹⁷.

Em recente pesquisa realizada com pacientes em cuidados de fim de vida na pediatria do INCA, constatou-se que os pacientes que receberam assistência de cuidados paliativos durante o tratamento tiveram melhores indicadores de qualidade de fim de vida, em comparação aos que não receberam³.

Segundo Valadares, Mota e Oliveira¹⁸, no Brasil, ainda há preconceito sobre a restrição de tratamentos invasivos para os pacientes com doenças potencialmente fatais. No entanto, o atual Código de Ética Médica (CEM)¹⁹ dispõe, em seu artigo 41, sobre o dever do médico em oferecer cuidados paliativos aos pacientes com doenças incuráveis e terminais:

Nos casos de doença terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal¹⁹.

DESAFIOS NA ABORDAGEM DO CUIDADO PALIATIVO PEDIÁTRICO NO INCA: CENTRALIDADE DA PRÁTICA MÉDICA

Outro desafio apontado como característico da abordagem em cuidado paliativo na pediatria do INCA foi em relação à ausência de trabalho interdisciplinar entre a equipe, pois as falas denunciam a centralidade da prática médica em relação aos demais trabalhadores da saúde:

No INCA, o cuidado paliativo é centrado na figura do médico. Eu não vejo muita interação. Acho que não existe. Deveria existir uma equipe de cuidados paliativos ou uma comissão de cuidados paliativos (E.9).

Você não consegue fazer cuidado paliativo sozinho. Se você tiver um médico, você não faz cuidado paliativo, porque o cuidado paliativo precisa da interdisciplinaridade, das trocas de saberes. O cuidado paliativo precisa ter o seu lugar, está muito perdido (E.4).

A criança ou o paciente, ele não é em pedaços, na realidade ele existe como um todo. Então como o todo que o ser humano é, ele precisa de vários olhares para você poder trabalhar com uma melhor qualidade com esse paciente (E.6).

Um dos princípios dos cuidados paliativos pediátricos é a atuação em equipe interdisciplinar. A interdisciplinaridade se propõe a “ver o todo, não pelo somatório das partes que a compõem, mas pela concepção de que tudo sempre está em tudo, tudo repercute em tudo, permitindo que o pensamento ocorra com base no diálogo entre as diversas áreas do saber”²⁰. A interdisciplinaridade não se impõe como uma proposta de aniquilamento das especializações, mas como unidade de reciprocidade entre os diferentes saberes, sem a prioridade e hegemonia de uma especialidade e/ou categoria sobre outra⁹.

DESAFIOS INSTITUCIONAIS NA PEDIATRIA DO INCA: ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

As entrevistadas relatam que a organização da rotina do serviço não prioriza uma comunicação da equipe multiprofissional sobre os casos, o que desvaloriza a compreensão sobre as representações sociais que envolvem a história de vida dos sujeitos.

Faltam condições para que os profissionais discutam os casos. É necessário incluir uma rotina no fluxo de comunicação interdisciplinar e não somente no critério dos médicos [...] Não é porque a gente é multi [profissional] que tem esse olhar integral, acho que pra ser integral de fato tem que ter a inter [disciplinaridade]. E pra ter a inter, tem que ter possibilidades desses profissionais estarem se reunindo, possibilidades estruturais eu estou falando... com relação a RH [recursos humanos], com relação a espaço e tempo (E.8).

Aqui no INCA, a gente sabe que tem as rotinas institucionalizadas, a gente pode acessar o sistema e a gente tem lá as rotinas. Eu sinto falta de ter essas rotinas aqui, que seriam os protocolos de cuidado paliativo (E.1).

Parafrazeando Campos²¹, só é possível construir mudanças nas práticas de saúde com a reestruturação no funcionamento dos serviços e mudanças dos profissionais que atuam nestes. Isto é, uma relação dialética de mudanças com as pessoas, com as estruturas e com as relações entre elas. É preciso, segundo o autor, conduzir mudanças institucionais a partir de novos modos de organização das práticas da clínica e da saúde pública, com alterações nas intervenções “dos profissionais de saúde, no qual o médico é o sujeito, ator primordial, determinante do processo de estruturação das práticas integrais de saúde”²¹.

DESAFIOS INSTITUCIONAIS NA PEDIATRIA DO INCA: ESTRUTURA FÍSICA E RECURSOS HUMANOS

As entrevistas evidenciam a falta de estrutura física e de recursos humanos compatíveis com uma assistência adequada em cuidados paliativos. Na análise dos dados, esse desafio se mostrou presente, conforme ilustrado a seguir:

Falta de um local físico para a internação no momento do desfecho, uma enfermaria que fique somente crianças em cuidados paliativos (E.6).

Falta de um local específico para a terminalidade [...]. A gente chegou numa fase que 50% de ocupação na enfermaria é cuidado paliativo[...]. Todo o entorno de não ser um hospital específico para criança dificulta muito, até mesmo no processo de humanização. A gente tem que ter um espaço pra essa criança e esse espaço não é só físico, é um espaço filosófico, de filosofia da equipe (E.2).

O desafio é que são poucos profissionais, é um número muito grande de pacientes, então nem sempre funciona como deveria funcionar. Existe uma equipe, os profissionais atuam nas

suas especificidades, mas nem sempre existe essa possibilidade dessa troca tão concreta assim. Não por falta de vontade, mas por falta de tempo e de recursos humanos mesmo. Muito trabalho pra pouco profissional (E.3).

Essas falas elucidam os estudos de Mendes e Vasconcelos²², em relação à ausência de um serviço completo de cuidados paliativos no nível da assistência de média e alta complexidades, o que demonstra “um enorme descompasso dos serviços, uma vez que os pacientes internados nesse nível, com suas doenças crônicas evolutivas e terminais, são lançados à própria sorte, recebendo, muitas vezes, um tratamento indigno”²². Os autores citam como exemplo as unidades de terapia intensiva que acabam por oferecer aos pacientes, em fase terminal da doença, um tratamento invasivo e não resolutivo.

DESAFIOS INSTITUCIONAIS NA PEDIATRIA DO INCA: CAPACITAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

A necessidade de capacitação é colocada como desafio à assistência em cuidados paliativos na clínica pesquisada. A qualificação é reiterada nas falas como determinante em dois aspectos: para o paciente e sua família, no sentido de oferecer uma assistência mais assertiva, e para o profissional que, ao se qualificar, influi nas relações e condições concretas de trabalho, pois se prepara para conviver da melhor forma com o sofrimento, a dor e a morte, conforme ilustram os depoimentos a seguir:

Deve ter uma preparação do profissional para lidar com o paliativo, pois a vivência é um pouco diferente, vamos dizer... espiritualmente falando. O profissional tem que se preparar porque a gente sofre muito (E.2).

Muitas pessoas entram aqui com uma visão muito curativa e vêm com isso da própria graduação e da experiência profissional. Então eu acho que falta capacitação nesse sentido (E.5).

Eu acho que a equipe deveria ser até preparada de uma forma psicológica para poder estar apta para fazer esse trabalho. [...] você precisa ter uma cabeça muito bem preparada pra ele discutir situações de morte porque pro cara da assistência é traumático[...] (E.6).

O aprimoramento do cuidado em saúde possui relação direta com o fortalecimento da capacitação permanente dos profissionais como política de educação no SUS²³. Não obstante, a educação permanente é apontada por Carvalho e Ceccim²⁴ como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores críticos e tecnicamente competentes para a saúde. A assistência em

cuidado paliativo requisita atuação qualificada, na qual a partilha dos conhecimentos técnicos e científicos vai culminando na apreensão das dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde e das relações. Esse modelo de assistência exige dos profissionais novas competências que remetam direta, mas não exclusivamente, à pesquisa, à produção de conhecimento e às alternativas de intervenção na realidade social²⁴.

DESAFIOS INSTITUCIONAIS NA PEDIATRIA DO INCA: ARTICULAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A fala das entrevistadas evidencia a fragmentação do SUS e indica novas tendências de parcerias e contratos de gestão realizados no campo da saúde, via implementação do modelo de Organizações Sociais de Saúde na gerência da Estratégia Saúde da Família, como estímulo à terceirização e à privatização da rede pública, além da ideia de atenção básica como pacote mínimo de ações voltadas para assistência aos pobres:

As redes de atenção à saúde, elas foram completamente fragmentadas. A privatização da gestão da atenção básica pelas OS [organizações sociais] e o sucateamento do Estado. Você não tem pessoas concursadas nessas estratégias de saúde da família [...] O problema é que essa rede está deficitária por falta de pessoal. Essa é a fala dos pacientes: a dificuldade do paciente em retornar para a estratégia saúde da família (E.6).

A contrarreferência e referência... o ir e o voltar não existe, a gente sabe disso... E a desospitalização. Eu acho que desospitalizar é isso. Porque você, quando hospitaliza, vão ali a criança pequena, os pais... acho perfeito, especialmente a criança pequena se beneficia muito com a presença dos pais, mas você hospitalizou conflitos, pobreza, você hospitalizou tudo e de repente virou obrigação da saúde dar conta de absolutamente tudo, né. (...) A gente hospitaliza cronicamente a criança e a família e vira uma grande família e, com todas essas questões permeando, nada mais acontece do que aumentar os conflitos entre a criança e a família (E.2).

Conforme apontam Mendes e Vasconcellos²², a interlocução das várias áreas de atenção à saúde constitui-se como principal desafio à efetivação de uma assistência em cuidados paliativos. Os autores mencionam a fragilidade da atenção básica e da média complexidade na garantia da assistência em cuidados paliativos, pois, na atenção básica, ainda que com a iniciativa recente da assistência em cuidados paliativos domiciliares, por meio do Programa Melhor em Casa, é tímido o impacto dessa proposta na cobertura da rede de atenção do SUS.

A desospitalização, por meio da prestação da assistência em domicílio, constitui-se como um dos principais desafios aos cuidados paliativos, especialmente por causa da inoperância das ações intersetoriais²⁵. Há notórias dificuldades no acesso a medicamentos, insumos, hospedagem e outros recursos necessários à desospitalização, sobretudo quando se analisa a assistência paliativa sob a ótica da integralidade e da humanização²⁵.

Monnerat e Souza¹⁰, ao estudarem sobre os dilemas da integração das políticas sociais no Brasil, desde a inscrição da Seguridade Social na Carta Constitucional de 1988 à intersectorialidade, constatam que a contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre as ações curativas e preventivas, com a persistência da concepção endógena prevalente e do paradigma biológico ainda hegemônico no campo e que se expressa na prática dos profissionais, principalmente na dificuldade estrutural de fixar médicos na equipe multiprofissional de saúde da família, em todo o território nacional.

CONCLUSÃO

A integralidade na assistência em cuidados paliativos na pediatria oncológica do INCA constitui-se um grande desafio. Sobre o atendimento prestado, evidencia-se uma dicotomia entre cuidado curativo e paliativo, dada a fragmentação desses momentos desde o diagnóstico; assim como a persistente centralidade da prática médica, que se revela como complicadora garantia da interdisciplinaridade. A organização do serviço na pediatria do INCA é também é sinalizada como desafio, pois é vista como desfavorável à comunicação e troca de saberes entre a equipe multiprofissional. Do mesmo modo, são elencados como entraves a estrutura física imprópria ao cuidado paliativo; o número de recursos humanos insuficientes; a fragmentação da rede de serviços de saúde; e a falta de capacitação como estratégia para efetivação dessa modalidade de assistência.

O cuidado paliativo pediátrico no INCA possui desafios referentes à construção de estratégias para atuar nas múltiplas e complexas determinações que o cuidado paliativo pediátrico envolve, visto os obstáculos na realização do cuidado paliativo desde o diagnóstico e na perspectiva da interdisciplinaridade. No aspecto organizacional, enfatiza-se que os desafios colocados no cenário estudado estão relacionados à falta de investimentos em estrutura física e em políticas públicas de promoção de saúde que visem a atuar de forma intersectorial na perspectiva da garantia da desospitalização, assim como a falta de incentivo na formação e na gestão da força de trabalho em saúde, pensadas sob as necessidades demandadas pelos cuidados paliativos pediátricos.

Destaca-se que este estudo não pretende esgotar o assunto apresentado, mas sim fomentar a discussão sobre a valorização da assistência paliativa no campo oncológico e no universo infantojuvenil, tão marcado pelas suas particularidades.

CONTRIBUIÇÕES

Gabrieli Branco Martins colaborou na concepção, delineamento, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. Senir Santos da Hora orientou e colaborou na concepção, delineamento, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Grabois MF. O acesso a assistência oncológica infantil no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
3. Mattos DWG. Avaliação do cuidado de fim de vida dos pacientes pediátricos com tumores sólidos atendidos na Seção de Oncologia Pediátrica do Hospital do Câncer I do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2016.
4. World Health Organization. Definition of Palliative Care. 2ª edition. Geneva: WHO; 2002.
5. Silva RCF, Hortale VA. Cuidados Paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. Cad Saúde Pública. 2006;22(10):2055-66.
6. Ministério da Saúde (BR). Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986 mar 17-21; Brasília, DF. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1987.
7. Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
8. Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
9. Pereira PAP. A interdisciplinaridade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: Monnerat GL, Almeida NLT, Rosimary GS, organizadores. A intersectorialidade na agenda das Políticas Sociais. Campinas: Papel Social; 2014. p. 23-29.
10. Monnerat GL, Souza RG. Da seguridade social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. Rev Katálysis. 2011;14(1):41-9.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
12. Paulo Netto J. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressão Popular; 2011.
13. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(3):621-26.
14. Brito MA, Soares EO, Rocha SS, Figueiredo MLF. Cuidados Paliativos em pediatria: um estudo reflexivo. Rev Enferm UFPE on line. 2015;9(3):7155-60.
15. Saffioti H. A mulher na sociedade de classes: mito e realidade. São Paulo: Expressão Popular; 2013.
16. Chaves ARM. O cuidador no provimento do cuidado ao paciente com câncer avançado no Instituto Nacional de Câncer [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.
17. Committee on Bioethics; Committee on Hospital Care. Palliative Care for Children. Pediatrics. 2000;106(2): 351-57.
18. Valadares MTM, Mota JAC, Oliveira BM. Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão. Rev bioética. 2013;21(3):486-93.
19. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1931/2009. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção 1, p. 90.
20. Andrade RC. Interdisciplinaridade: um novo paradigma curricular. In: Goulart IB, organizadora. A educação na perspectiva construtivista: reflexões de uma equipe interdisciplinar. Petrópolis: Vozes; 1995. p. 93-103.
21. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva. 2003;8(2):569-84.
22. Mendes EC, Vasconcellos LCF. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários no SUS. Saúde Debate. 2015;39(106):881-92.
23. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface (Botucatu). 2005; 9(16):39-52.
24. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos GWS, Minayo CMS, Akerman M, et al., organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 137-70.
25. Rabelo CAFG, Rodrigues PHA. Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(2):379-88.

Abstract

Introduction: The integrality of palliative care in pediatric oncology presents challenges insofar as there is little supply of care, especially the demobilization process. **Objectives:** To identify and reflect on the challenges in search of a multiprofessional team of INCA pediatric oncology that interferes in the integrality of the resource in palliative care. **Method:** Qualitative research based on dialectical hermeneutics and Marxist theoretical reference, with the participation of nine professionals from the multiprofessional team of the INCA Pediatric Oncology Clinic. The data were collected through an interview between August and December 2016. **Results:** We identified six empirical categories that present as challenges to integrality in palliative care: dissociation between curative care and palliative care; centrality of medical practice; organization of the service, physical structure and human resources; instruction in palliative care; and Articulation with a network of health services. **Conclusion:** An integrality in palliative care assistance in the INCA pediatrics is a big challenge, due to the dichotomy between curative care and palliative care; the persistent hospital-centered model, making de-hospitalization difficult; an organization of the INCA pediatric service routine, signposted as improper to communication and flavors exchange among a multiprofessional team; an inadequate physical structure and human resources, including a lack of capacity building for the assistance modality; In addition to the fragmentation of the health services network.

Key words: Comprehensive Health Care; Palliative Care; Medical Oncology; Pediatrics; Cancer Care Facilities.

Resumen

Introducción: La integralidad de la asistencia en cuidados paliativos en la oncología pediátrica presenta desafíos en la medida en que hay poca oferta de ese tipo de cuidado, principalmente en lo que se refiere a la interlocución de políticas públicas que auxilien en el proceso de desospitalización. **Objetivos:** Identificar y reflexionar sobre los desafíos enumerados por el equipo multiprofesional de la pediatría oncológica del INCA que interfieren en la integralidad de la asistencia en cuidados paliativos. **Método:** Investigación cualitativa con base en la hermenéutica dialéctica y en el referencial teórico marxista con participación de nueve profesionales de nivel superior del equipo multiprofesional de la clínica de pediatría oncológica del INCA. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas entre agosto y diciembre de 2016. **Resultados:** Se identificaron seis categorías empíricas que se presentan como desafíos a la integralidad de la asistencia en cuidados paliativos: disociación entre cuidado curativo y cuidado paliativo; centralidad de la práctica médica; organización del servicio, estructura física y recursos humanos; capacitación en cuidados paliativos; y articulación con la red de servicios de salud. **Conclusión:** La integralidad en la asistencia en cuidados paliativos en la pediatría del INCA constituye un gran desafío, debido a la dicotomía entre asistencia curativa y paliativa; el persistente modelo hospitalocéntrico, dificultando la desospitalización; la organización de la rutina del servicio en la pediatría del INCA, señalada como inapropiada a la comunicación e intercambio de saberes entre el equipo multiprofesional; la estructura física y recursos humanos insuficientes, incluyendo la falta de capacitación para esa modalidad de asistencia; además de la fragmentación de la red de servicios de salud.

Palabras clave: Atención Integral de Salud; Cuidados Paliativos; Oncología Médica; Pediatría; Instituciones Oncológicas.

Proteção Social Dirigida às Mulheres com Câncer de Mama: um Estudo Exploratório

Social Protection for Women with Breast Cancer: an Exploratory Study

Protección Social Dirigida a las Mujeres con Cáncer de Mama: un Estudio Exploratorio

Thaislayne Nunes de Oliveira¹; Mônica de Castro Maia Senna²

Resumo

Introdução: No câncer de mama, a detecção precoce e o início oportuno do tratamento são fundamentais para o bom prognóstico e aumento das chances de cura. Todavia, a realidade brasileira vem apresentando elevados índices de mortalidade pela doença. **Objetivo:** Analisar os mecanismos e as estratégias de proteção social das mulheres com câncer de mama. **Método:** O percurso metodológico adotado pela pesquisa foi direcionado, primeiramente, por análise documental, que consistiu na análise de documentos que compõem os direitos sociais das mulheres com câncer de mama. E posteriormente, realizaram-se entrevistas com dez mulheres acompanhadas em duas instituições de referência no acompanhamento de mulheres com neoplasia mamária no município de Niterói, Rio de Janeiro. **Resultados:** Observaram-se mulheres com câncer de mama que enfrentavam realidades sociais distintas, que impactavam de diferentes maneiras na adesão e continuidade do seu tratamento. A família era principal fonte de apoio social para essas mulheres, o que acarretava, muitas vezes, em sobrecarga de atividades e recursos para as próprias famílias, com repercussões no tratamento oncológico. **Conclusão:** Evidenciou-se que as mulheres com câncer de mama necessitam de uma rede articulada junto à rede de serviços e proteção social. No que tange a suas estratégias e mecanismos, no percurso do cuidado em saúde, identificou-se a proteção primária e secundária, que consiste respectivamente na rede de apoio e no aparato estatal relacionado aos direitos sociais das mulheres com esse tipo de neoplasia. A análise demonstrou que a denominada rede primária continua como principal fonte de proteção para essas mulheres.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Política Pública; Rede Social; Apoio Social.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF). Em tempo, a dissertação foi defendida no dia 29/3/2017.

¹Assistente Social pela UFF. Especialista com Residência Multiprofissional em Saúde/Oncologia pelo Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF. Mestre em Política Social pela UFF. *E-mail:* thaislayne@hotmail.com.

²Orientadora. Professora-Associada da UFF. Mestre e Doutora em Ciências/Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). *E-mail:* monica.senna20@gmail.com.

Endereço para correspondência: Thaislayne Nunes de Oliveira. Rua Baltimore, 40 - Monjolos. São Gonçalo (RJ), Brasil. CEP: 24723-250. *E-mail:* thaislayne@hotmail.com.

Guide to Cancer Early Diagnosis

Guia para o Diagnóstico Precoce do Câncer

Guía para el Diagnóstico Temprano del Cáncer

World Health Organization. Guide to Cancer Early Diagnosis. Geneva: WHO; 2017.
ISBN: 978-92-4-151194-0

Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva¹

O câncer é um dos principais desafios enfrentados pelos sistemas de saúde em todo o mundo, em especial nos países em desenvolvimento. Embora as características biológicas dos diferentes tipos de câncer contribuam para o prognóstico da doença, a identificação precoce, seguida do tratamento adequado, em geral, resulta em uma maior sobrevida, menor morbidade relacionada à doença e tratamentos menos dispendiosos.

A realidade nos países em desenvolvimento é preocupante. Os pacientes frequentemente são diagnosticados com cânceres em estágios avançados, além de sofrerem atrasos na realização do primeiro tratamento. Esses problemas são característicos de sistemas de saúde pouco preparados para enfrentar o aumento considerável dos casos de câncer e a complexidade do diagnóstico e tratamento da doença.

Países que implantaram programas de detecção precoce do câncer conseguiram diminuir a morbidade e a mortalidade, proporcionando maior valor na utilização dos recursos financeiros (maior efetividade por unidade de recurso investido). A detecção precoce do câncer é uma das estratégias básicas de controle do câncer e que permite, ao ser implantada, aprimorar os sistemas de saúde por meio de investimentos nas ações de comunicação, educação em saúde, acesso aos serviços de atenção primária, diagnóstico e tratamento e coordenação entre os diferentes níveis de atenção.

Conceitualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica os programas ou ações de detecção precoce do câncer em diagnóstico precoce e rastreamento. O diagnóstico precoce é a descoberta de câncer em indivíduos sintomáticos, logo após os primeiros sinais e sintomas, em uma fase inicial da doença. O rastreamento é a identificação de câncer (ou lesões precursoras) em indivíduos assintomáticos, por meio de exames periódicos. Em contextos em que o câncer é diagnosticado em estágios avançados e ocorrem atrasos no início do tratamento, é recomendável que os sistemas de saúde priorizem, inicialmente, os programas ou ações de diagnóstico precoce.

Em 2013, por ocasião da 66ª Assembleia Mundial da Saúde, foi decidido adotar, entre outros objetivos, o de reduzir em 25% as mortes prematuras por câncer em 2025. A estratégia recomendada pela OMS para atingir essa meta é implementar programas de controle do câncer, nos quais o componente diagnóstico precoce e acesso ao tratamento é fundamental, visto que nem todos os cânceres são preveníveis e milhões de indivíduos em todo o mundo ainda serão diagnosticados com câncer.

Com a finalidade de fornecer uma ferramenta de fácil utilização para a implantação de programas ou ações de diagnóstico precoce do câncer, a OMS lançou em 2017 o “Guia para o diagnóstico precoce do câncer”. Disponível em inglês, o guia é uma publicação curta, com menos de 50 páginas, e dividida em quatro capítulos ou seções (introdução, conhecendo o diagnóstico precoce, alcançando o diagnóstico precoce e conclusão). A intenção dos autores (cuja coordenação técnica ficou sob a responsabilidade do renomado e experiente pesquisador canadense Anthony Miller) é possibilitar o planejamento e implantação de ações e programas de diagnóstico precoce do câncer, de modo a promover o diagnóstico e acesso ao tratamento oportunos como parte de um programa de controle do câncer, aplicável em diferentes contextos.

¹Médico. Especialista em Oncologia Clínica pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Mestre e Doutor em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz). Editor Científico da Revista Brasileira de Cancerologia (RBC). E-mail: rsilva@inca.gov.br.

O primeiro capítulo traz uma breve contextualização sobre o problema do câncer no mundo, destacando a situação nos países em desenvolvimento, e as iniciativas globais para reduzir a mortalidade precoce relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis. Também faz referência aos diversos materiais produzidos pela OMS voltados para o controle do câncer, em especial os materiais relacionados aos programas de controle do câncer e detecção precoce.

O segundo capítulo traz ao leitor conceitos importantes e frequentemente mal aplicados nas publicações científicas e no discurso cotidiano pelos profissionais de saúde e leigos. A intenção dos autores é distinguir diagnóstico precoce de rastreamento, promover a análise da situação dos serviços de saúde existentes com a finalidade de planejar a introdução ou escalonamento de serviços de diagnóstico precoce e apresentar os resultados esperados com essas ações como, por exemplo, a diminuição do estadiamento e mortalidade do câncer.

O terceiro capítulo, o mais longo e complexo, procura apresentar o passo a passo da implantação dos elementos essenciais para um diagnóstico precoce do câncer. Conceitos importantes como atraso (no acesso à primeira consulta, no diagnóstico e no tratamento), intervalo (do paciente, do diagnóstico e do tratamento) e barreiras de acesso vão sendo apresentados de forma didática, utilizando-se de um texto enxuto e muitas tabelas e figuras. Termos pouco utilizados em nosso meio, como "literacia em saúde" e "estigma relacionado à doença", aparecem como importantes barreiras no acesso à primeira consulta na rede de serviços de saúde. Para ultrapassar as possíveis barreiras ao diagnóstico precoce, a publicação destaca algumas iniciativas, em diferentes contextos, que ajudam a reforçar as ações de diagnóstico precoce do câncer. Destaco os parágrafos e a figura dedicados à promoção da integração dos serviços em diferentes níveis do sistema, a tabela resumo das barreiras mais comuns e as potenciais soluções, e a seção dedicada ao desenvolvimento de indicadores de monitoramento e avaliação dos programas de diagnóstico precoce.

O capítulo final, o mais curto de todos, sintetiza a importância do tema, destacando que o atraso no diagnóstico e a incapacidade de acessar o tratamento em tempo útil contribuem de forma significativa para o aumento da morbidade e mortalidade do câncer, em especial nos países em desenvolvimento.

Em minha opinião, a publicação cumpre com seus objetivos e, para muitos leitores, serve como um primeiro contato com essa temática ainda pouco pesquisada e incentivada no Brasil. Além disso, a publicação ajuda a desconstruir a falsa crença de que as ações de diagnóstico precoce não impactam na mortalidade (para alguns cânceres, as reduções da mortalidade podem ser percebidas em menos de cinco anos) e também fornece evidências concretas para que países em desenvolvimento priorizem as ações de diagnóstico precoce em relação aos programas de rastreamento.

No Brasil, onde municípios, microrregiões, macrorregiões e Estados procuram organizar as suas ações e programas de saúde, a publicação "Guia para o diagnóstico precoce do câncer" da OMS é uma ótima fonte de consulta com a finalidade de aprimorar as ações de controle do câncer.

10º Encontro do Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea e Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical

15ª Jornada de Atualização em Transplantes de Células-Tronco Hematopoéticas

Data: De 7 a 9 de junho de 2017

Local: Hotel Windsor Flórida

Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Alelos Raros Tipificados na Rotina do Laboratório de Histocompatibilidade da Santa Casa de São Paulo/SP

Rare Alleles Typed in Histocompatibility Laboratory of Santa Casa São Paulo/SP

Alelos Raros Tipificados en la Rutina del Laboratorio de Histocompatibilidad de la Santa Casa de São Paulo/SP

Evelyn G. Rapanello Iacintini¹; Josy Cassavara Albuquerque²; Vinicius Florencio Echeverria³; Marcio Hajime Saito⁴; Carolyn Fernandes Terapin⁵; Tarcila Elias Pereira⁶; Everton da Silva Bezerra⁷; Maressa N. Ferreira Gomes⁸; Carmen Silvia Vieitas Vergueiro⁹

Resumo

Introdução: Durante a realização de 114.525 tipificações HLA de pacientes e doadores (aparentados e não aparentados) foram detectados alelos raros. A confirmação desses alelos é necessária para garantir a acurácia dos resultados das tipificações. **Objetivo:** Descrever a estratégia de análise de resultados para a liberação de alelos raros em resolução intermediária por metodologia SSO dos locos HLA. **Método:** Realizadas 49.557 tipificações HLA - doadores não aparentados entre junho/2015 e agosto/2016. Foram encontrados 5 alelos raros - resolução intermediária - em 12 indivíduos (0,02%). Estratégia de liberação dos resultados: Interpretação dos testes no HLA-Fusion[®] com verificação dos parâmetros de qualidade do teste e análise por comparação de padrões de reação. Pesquisa de frequência do alelo: Banco de dados Nacional (Rede Brasil de Imunogenética - 'Projeto Alelos raros') e Internacionais (IMGT/HLA). Verificação do *status* do alelo na lista CWD (2012). Publicações vinculadas e etnias relacionadas. **Resultados:** O alelo A*02:52 foi identificado em oito indivíduos, IMGT: alelo não confirmado, apenas na Rede Brasil de Imunogenética; A*03:65 em um indivíduo, IMGT: confirmado; B*38:37 em um indivíduo, IMGT: confirmado; B*51:148 em um negro, IMGT: confirmado; e DRB1*13:80 em um indivíduo, IMGT: não confirmado, teste repetido em alta resolução (SBT). Nas consultas realizadas, todos alelos raros verificados apresentavam haplótipos descritos em estudos populacionais e que conferiram com resultados dos demais locos em nossas amostras. Nenhum dos alelos, exceto A*02:52, constam no 'Projeto Alelos raros'. **Conclusão:** Uma análise criteriosa realizada na rotina do laboratório de histocompatibilidade pode contribuir, acrescentando dados aos Bancos de Dados nacionais e internacionais.

Palavras-chave: Antígenos HLA; Histocompatibilidade; Alelos; Análise de Resultados.

Laboratório de Histocompatibilidade da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (HLA-ISCMSp). São Paulo (SP), Brasil.

¹Biomédica. Graduada em Biomedicina pela Universidade Metodista de São Paulo (UMESP). Responsável pelo Laboratório HLA-ISCMSp. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* evelying@yahoo.com.br.

²Biomédica. Graduada em Biomedicina pela FMU/SP. Laboratório HLA-ISCMSp. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* josy.albuquerque@santacasasp.org.br.

³Biomédico. Graduado em Biomedicina pela Unifesp. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* viniciusfe@icloud.com.

⁴Biólogo. Graduado em Biologia pela Unisa/SP. Laboratório HLA-ISCMSp. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* marcio.saito@santacasasp.org.br.

⁵Biomédica. Graduada em Biomedicina pela Unip/SP. Laboratório HLA-ISCMSp. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* caroliny.terapin@santacasasp.org.br.

⁶Biomédica. Graduada em Biomedicina pela Uniara/SP. Laboratório HLA-ISCMSp. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* tarcila.pereira@santacasasp.org.br.

⁷Técnico de Laboratório. Curso Técnico em Análises Clínicas pela Famesp/SP. Graduando em Biomedicina pela Uninove/SP. Laboratório HLA-ISCMSp. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* everton.silvabezerra@yahoo.com.

⁸Técnico de Laboratório. Curso Técnico em Hemoterapia pelo Senac/SP. Laboratório HLA-ISCMSp. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* maressa.nfgomes@gmail.com.

⁹Médica Hematologista. Doutora em Oncologia pelo Hospital A. C. Camargo. Diretora-Técnica do Laboratório HLA-ISCMSp. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* c.verg@uol.com.br.

Endereço para correspondência: Evelyn G.R. Iacintini. Rua Marquês de Itu, 579 - 4º andar - Vila Buarque. São Paulo (SP), Brasil. CEP: 01223-001. *E-mail:* evelying@yahoo.com.br.

Análise Retrospectiva de Reconvocações de Doadores de Medula Óssea no Laboratório de Histocompatibilidade da Santa Casa de São Paulo/SP

Retrospective Analysis of the Convocation of Bone Marrow Donors in the Histocompatibility Laboratory of Santa Casa São Paulo/SP

Análisis Retrospectivo de la Convocatoria de Donantes de Médula Ósea del Laboratorio de Histocompatibilidad de la Santa Casa de São Paulo/SP

Josy Cassavara Albuquerque¹; Everton da Silva Bezerra²; Evelyn G. Rapanello Iacintini³; Marcio Hajime Saito⁴; Caroliny Fernandes Terapin⁵; Tarcila Elias Pereira⁶; Maressa Nascimento Ferreira Gomes⁷; Carmen Sílvia Vieitas Vergueiro⁸

Resumo

Introdução: Solicitações de tipagem confirmatória (CT) HLA são recebidas pelo hemocentro através do Sistema Redomeweb e devem ser atendidas no prazo de sete dias. **Objetivos:** Identificar o número de reconvocações recebidas e atendidas pelo hemocentro da Santa Casa de São Paulo; avaliar o prazo de atendimento; identificar os motivos mais frequentes de cancelamento das solicitações. **Método:** Analisaram-se 1.129 solicitações recebidas no hemocentro da Santa Casa entre 2012-2016, de acordo com o objetivo do trabalho. **Resultados:** Do total, 1.011 doadores (89,55%) foram localizados, 118 (10,45%) não foram encontrados para contato, 687 (68%) coletaram nova amostra de sangue, 152 (15%) foram transferidos para hemocentros mais próximos, 125 (12,36%) não estavam disponíveis. Trinta e quatro (3,4%) solicitações foram canceladas pelo registro solicitante e 13 (1,28%) por outros motivos. Causas de indisponibilidade: doadores não receptivos, afastados por trabalho, motivo de saúde ou viagem, doenças impeditivas para a doação de medula óssea ou óbito do doador. O tempo médio para envio das amostras foi de 10,4 dias. **Conclusão:** Os motivos mais impactantes de solicitações canceladas são: doadores cadastrados em locais distantes de São Paulo, doadores não encontrados por desatualização no cadastro e doadores que recusam a coleta. Embora o prazo para o envio das amostras seja de sete dias, doadores reconvocados pela Santa Casa e selecionados para doação de medula realizaram a coleta de sangue para CT entre um e 13 dias após a reconvocação. Esse prazo justifica o envio das amostras em até duas semanas e contribui para aumentar a disponibilidade de doadores.

Palavras-chave: Medula Óssea; Transplante de Medula Óssea; Antígenos HLA.

Laboratório de Histocompatibilidade da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (HLA-ISCMSp). São Paulo/SP.

¹ Biomédica. Graduada em Biomedicina pela FMU/SP. Laboratório HLA-ISCMSp. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* josy.albuquerque@santacasasp.org.br.

² Técnico de Laboratório. Curso Técnico em Análises Clínicas pela Famesp/SP. Graduando em Biomedicina pela Uninove/SP. Laboratório HLA-ISCMSp. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* everton.silvabezerra@yahoo.com.

³ Biomédica. Graduada em Biomedicina pela Universidade Metodista de São Paulo (Umesp). Responsável pelo Laboratório HLA-ISCMSp. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* evelying@yahoo.com.br.

⁴ Biólogo. Graduado em Biologia pela Unisa/SP. Laboratório HLA-ISCMSp. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* marcio.saito@santacasasp.org.br.

⁵ Biomédica. Graduada em Biomedicina pela Unip/SP. Laboratório HLA-ISCMSp. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* caroliny.terapin@santacasasp.org.br.

⁶ Biomédica. Graduada em Biomedicina pela Uniar/SP. Laboratório HLA-ISCMSp. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* tarcila.pereira@santacasasp.org.br.

⁷ Técnico de Laboratório. Curso Técnico em Hemoterapia pelo Senac/SP. Laboratório HLA-ISCMSp. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* maressa.nfgomes@gmail.com.

⁸ Médica Hematologista. Doutora em Oncologia pelo Hospital A. C. Camargo. Diretora-Técnica do Laboratório HLA-ISCMSp. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* c.verg@uol.com.br.

Endereço para correspondência: Josy C. Albuquerque. Rua Marquês de Itu, 579 - 4º andar - Vila Buarque. São Paulo (SP), Brasil. CEP: 01223-001. *E-mail:* josy.albuquerque@santacasasp.org.br.

Avaliação das Unidades de Sangue de Cordão Umbilical não Aparentado Armazenadas no Banco de Sangue de Cordão Umbilical do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Evaluation of Unrelated Umbilical Cord Blood Units Stored at the Umbilical Cord Blood Bank of the Hospital de Clinics de Porto Alegre

Evaluación de las Unidades de Sangre de Cordón Umbilical no Aparente Almacenadas en el Banco de Sangre del Cordón Umbilical del Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Thábyta Souza¹; Juliana Monteiro Furlan²; Tissiana Schmalfluss³; Melissa Helena Angeli⁴; Anelise Bergmann Araújo⁵; Gabrielle Dias Salton⁶; Liane Marise Röhsig⁷

Resumo

Introdução: O sangue de cordão umbilical (SCU) é uma fonte de células progenitoras hematopoéticas para transplante alogênico. Na seleção da unidade do SCU, além da compatibilidade HLA, celularidade e viabilidade celular interferem na pega do enxerto. **Objetivos:** Avaliar as unidades criopreservadas no Banco de Sangue de Cordão Umbilical do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (BSCU/HCPA). **Método:** Estudo retrospectivo utilizando dados do *software* BrasilCord entre 7/2011 e 12/2016. Foram analisados os parâmetros celularidade, obtida pela quantificação das células nucleadas totais em contador hematológico, e viabilidade, avaliada por microscopia com Azul de Trypan até 10/2014 e, após, por citometria de fluxo com 7-AAD. **Resultados:** Foram coletadas 1.452 unidades de SCU; 540 foram descartadas por inadequação aos critérios da legislação; e uma foi liberada para transplante. O acervo tem 911 unidades criopreservadas: 153, 253, 186, 118, 121 e 80 coletadas em 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016, respectivamente. A celularidade varia de 5,0-34,1 x 10⁸ (mediana 10,1 x 10⁸). Considerando faixa de celularidade, são 449 unidades entre 5,0-10,0x10⁸; 289 entre 10,1-15,0 x 10⁸; 128 entre 15,1-20,0 x 10⁸; 29 entre 20,1-25,0 x 10⁸; 11 entre 25,1-30,0 x 10⁸ e cinco com celularidade superior a 30,0 x 10⁸. A viabilidade celular varia de 74,9-100% (mediana 99%). **Conclusão:** O BSCU/HCPA, integrante da rede BrasilCord, iniciou seu acervo em 2011, adotando critério mínimo de celularidade preconizado na legislação, a fim de contemplar a diversidade genética do Sul do Brasil. Agora, o foco será aumentar a qualidade do acervo, criopreservando unidades com celularidades mais altas.

Palavras-chave: Sangue do Cordão Umbilical; Número de Células; Viabilidade Celular; Criopreservação; Transplante de Células-Tronco.

¹Biomédica. Especialização em Histocompatibilidade. Unidade de Criobiologia e Banco de Sangue de Cordão Umbilical do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (BSCU/HCPA). Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* thabyta@gmail.com,

²Biomédica. Mestrado em Medicina: Ciências Médicas. Unidade de Criobiologia e BSCU/HCPA. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* jfurlan@hcpa.edu.br.

³Farmacêutica-Bioquímica. Graduação em Farmácia e Bioquímica. Unidade de Criobiologia e BSCU/HCPA. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* tschmalfluss@hcpa.edu.br.

⁴Farmacêutica-Bioquímica. Mestrado em Medicina: Ciências Médicas. Unidade de Criobiologia e BSCU/HCPA. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* mangeli@hcpa.edu.br.

⁵Farmacêutica-Bioquímica. Doutorado em Medicina: Ciências Médicas. Unidade de Criobiologia e BSCU/HCPA. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* abaraujo@hcpa.edu.br.

⁶Bióloga. Doutora em Biologia Celular e Molecular. Unidade de Criobiologia e BSCU/HCPA. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* gsalton@hcpa.edu.br.

⁷Farmacêutica-Bioquímica. Mestrado em Genética e Biologia Molecular. Unidade de Criobiologia e BSCU/HCPA. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* lrohsig@hcpa.edu.br.

Endereço para correspondência: Liane Marise Röhsig. Unidade de Criobiologia e BSCU/HCPA. Serviço de Hemoterapia. Rua Ramiro Barcelos, 2350 - Santa Cecília. Porto Alegre (RS), Brasil. CEP: 90035-903.

Coleta de Células-Tronco Hematopoiéticas de Doadores Voluntários: Experiência de um Único Centro

Hematopoietic Stem Cells Collection from Volunteer Donors: the Experience of a Single Center

Colección de las Células Madre Hematopoyéticas de Donantes Voluntarios: Experiencia de un Solo Centro

Cintia Monteiro¹; Renata Fittipaldi da Costa Guimarães²; Erika Martins³; Adriane da Silva Santos Ibanez⁴; Olga Margareth Wanderley de Oliveira Felix⁵; Ana Cristina Mendonça⁶; Virginio Climaco Araujo Fernandes Junior⁷; Paula Gracielle Guedes Granja⁸; Victor Gottaderllo Zecchin⁹

Resumo

Introdução: A possibilidade de identificar um doador de células-tronco hematopoiéticas aparentado é de 25%, sendo necessária busca de doadores voluntários na maioria dos casos. **Objetivo:** Descrever o perfil de doadores voluntários e as características de coletas de células-tronco hematopoiéticas em um único centro. **Método:** Estudo de coorte retrospectivo de coleta células-tronco hematopoiéticas de doadores voluntários cadastrados no Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome), de janeiro de 2014 a abril de 2017. Os dados foram obtidos por revisão dos prontuários. **Resultados:** Foram avaliados 35 doadores e computadas 34 coletas; um doador desta amostra apresentou falha de mobilização. Doadores predominantemente masculino (57,1%), branco (68,6%) e idade média de 31,4(±6,7) anos. Identificou-se que 47,1% desses doadores foram submetidos à coleta de células-tronco periféricas (CTP); 44,1% à coleta de medula óssea (MO); e 8,8% à coleta de linfócitos (DLI). Nas coletas de CTP, a celularidade média foi de 10,0 x 10(6) CD34/Kg, coletas de MO com média de 6,7 x 10(8) de CNT/Kg e de DLI 25,2 x 10(7) CD3/Kg. Em relação aos efeitos colaterais, 82,3% dos doadores submetidos à coleta por leucoaférese relataram lombalgia e cefaleia e 80% dos doadores de MO relataram dor local. **Conclusão:** Notou-se que 31,4% das coletas foram realizadas para centros internacionais, o que está relacionado à miscigenação da população brasileira. A qualidade do produto coletado atendeu à solicitação de 97,1% dos centros transplantadores quanto à celularidade do enxerto. Os efeitos colaterais foram transitórios e de fácil manejo, garantindo maior segurança e conforto aos doadores. **Palavras-chave:** Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas; Transplante de Medula Óssea; Transplante de Células-Tronco de Sangue Periférico; Doadores não Relacionados.

¹Mestre em Ciências da Saúde pela Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. Enfermeira Clínica Especialista em Transplante de Medula Óssea do Instituto de Oncologia Pediátrica. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* cintiamonteiro@graacc.org.br.

²Médica. Especialista em Transplante de Medula Óssea Pediátrico pelo Instituto de Oncologia Pediátrica. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* renataguimaraes@graacc.org.br.

³Especialista em Oncologia pelo Hospital Israelita Albert Einstein. Enfermeira do Instituto de Oncologia Pediátrica. *E-mail:* erikamartins@graacc.org.br.

⁴Especialista em Enfermagem Oncológica pelo Hospital A. C. Camargo. Enfermeira Clínica Especialista em Transplante de Medula Óssea do Instituto de Oncologia Pediátrica São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* adrianeibanez@graacc.org.br.

⁵Mestre em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria. Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo. Bióloga. Instituto de Oncologia Pediátrica. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* olgaoliveira@graacc.org.br.

⁶Médica. Especialista em Transplante de Medula Óssea Pediátrico. Instituto de Oncologia Pediátrica. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* anamendonca@graacc.org.br.

⁷Médico. Especialista em Transplante de Medula Óssea Pediátrico pelo Instituto de Oncologia Pediátrica. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* virginiofernandes@graacc.org.br.

⁸Médica. Especialista em Hematologia Pediátrica pelo Instituto de Oncologia Pediátrica. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* paulagranja@graacc.org.br.

⁹Médico Especialista em Transplante de Medula Óssea Pediátrico pelo Instituto de Oncologia Pediátrica. São Paulo (SP), Brasil. *E-mail:* victorzecchin@graacc.org.br.

Endereço para correspondência: Cintia Monteiro. Rua Pedro de Toledo, 572 - Vila Clementino. São Paulo (SP), Brasil. CEP: 04039-001 *E-mail:* cintiamonteiro@graacc.org.br.

Perfil do Banco de Cadastro de Doadores de Medula Óssea e suas Buscas ao Redome no Estado de Pernambuco

Profile of the Bone Marrow Donor Registry Bank and its Searches for Redome in the State of Pernambuco

Perfil de los Delfines del Banco de Donantes del Banco y sus Búsquedas para Redome en el Estado de Pernambuco

Josiete Correia de Araújo Tavares¹; Luciana Karoline Gonçalves de Azevedo²; Anna Fausta Cavalcante de Oliveira³; Yeda Maia de Albuquerque⁴; Dielly de Araújo Tavares⁵; Maria de Fátima Patu da Silva⁶

Resumo

Introdução: O Brasil ocupa a 3ª posição no *ranking* mundial com mais de quatro milhões de candidatos cadastrados à doação de medula óssea. Pernambuco desafia essa conquista elevando o número de doadores junto ao Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome) para atender aos que necessitam de um transplante alogênico não aparentado com relevância social aos apelos da solidariedade. **Objetivo:** Descrever o perfil do banco de doadores de medula óssea e suas buscas no Estado de Pernambuco. **Método:** Estudo retrospectivo com doadores cadastrados de 2013 a 2016. Para análise, utilizaram-se os cadastros de doadores realizados em Pernambuco e as buscas ativas de doadores compatíveis. O cenário da produção de dados foi a Fundação Hemope e o Redome. Os dados foram quantificados e organizados por software Excel. **Resultado:** A chance de encontrar um doador compatível fora da família é de 1/100 mil. Verificou-se crescimento de 91% de novos doadores, contribuindo para ampliar em 19% o banco de dados nacional. Dos doadores, 87% foi receptivo e 52% são mulheres. A busca resultou na efetivação de 12 procedimentos de doação de medula óssea, o que representa 7,1% da busca ativa. Das buscas, 35% foi de olhar internacional. Cerca de 1,2% da população do Estado de Pernambuco encontra-se cadastrada. **Conclusão:** Persistem dúvidas em relação ao transplante de medula óssea. Ampliar ações educativas exige medidas de planejamento de políticas públicas e alocação de recursos, critérios éticos e democráticos da gestão. É preciso agir, para que o tempo esteja a favor dos que precisam.

Palavras-chave: Medula Óssea; Transplante; Doador Voluntário; Compatibilidade; Mitos.

¹Assistente Social. Especialista em Antropologia da Saúde e Saúde Coletiva. Supervisora da Fundação de Hemoterapia e Hematologia do Estado de Pernambuco (Hemope). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife (PE), Brasil.

²Assistente Social. Profissional Liberal da Fundação Hemope. Recife (PE), Brasil.

³Médica. Especialista em Hematologia. Diretora de Hemoterapia da Fundação Hemope. Recife (PE), Brasil.

⁴Medica. Especialista em Hematologia. Presidente da Fundação Hemope. Recife (PE), Brasil.

⁵Enfermeira Especialista em UTI e Emergência com foco em Hemoterapia. Hospital Getúlio Vargas. Recife (PE), Brasil.

⁶Assistente Social. Doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Ouvidora da Fundação Hemope. Recife (PE), Brasil.

Endereço para correspondência: Josiete Correia de Araújo Tavares. Rua Professor Francisco Xavier Paes Barreto, 461 - apartamento 1403 - Casa Caiada. Olinda (PE) Brasil. CEP: 53130-240. E-mail: josietetavares@hotmail.com.

O Olhar do Doador Brasileiro de Medula Óssea sobre os Serviços Prestados pela Rede Redome no Processo de Doação

The View of the Brazilian Bone Marrow Donor about the Redome Network Service and Donation Process

Visión de Donantes Brasileños en los Servicios Prestados por la Red de Donación de Medula Óssea sin Parentesco

Valverde, L. C.¹; Vidmontiene, D. A.²; Almada, A. J.³; Bouzas, L. F. S.⁴

Resumo

Introdução: A política de proteção do doador voluntário do Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome) preconiza o seu bem-estar. Para isso, é fundamental avaliar sua satisfação no processo de doação.

Objetivo: Avaliar a opinião dos doadores sobre a o processo de doação, a partir do contato até a finalização da coleta. **Método:** A pesquisa de satisfação foi enviada para os doadores que passaram pelo processo nos anos de 2015 e 2016, totalizando 459 doadores. **Resultados:** Ao todo, 230 (50%) doadores responderam à pesquisa. Desses, 99% consideraram bom ou ótimo o primeiro contato do RR. O agendamento e a coleta de amostras pelo hemocentro foram reportados como bom ou ótimo por 94% dos participantes. Todos os participantes da pesquisa avaliaram como bom ou ótimo o processo de agendamento de work up, 20% e 80%, respectivamente. A logística do doador foi avaliada positivamente por 98% dos participantes. A realização do *work up* e a coleta pelos centros foram avaliadas como boa ou ótima por 90% e 93% dos doadores, respectivamente. Quanto às informações, 99% e 98% afirmaram que o Redome e centro de coleta, respectivamente, foram capazes de esclarecer suas dúvidas. **Conclusão:** Os resultados encontrados permitem concluir que, em todas as etapas do processo, 90% indicaram satisfação. Também foi possível identificar algumas oportunidades de melhoria nas atividades relacionadas aos centros de coleta, os quais tiveram maior taxa de insatisfação nos processos. Entre as sugestões, estão o acompanhamento mais próximo do centro de coleta.

Palavras-chave: Doador; Redome; Centros de Coleta; Opinião.

¹ Graduanda em Turismo. Analista de Relacionamento do Registro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome).

² Graduado em Logística. Pós-Graduado em Gestão Estratégica. Supervisor de Operações do Redome.

³ Biólogo. Especialista em Imunogenética. Gerente de Relacionamento do Redome. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* alexandre.almada@cancer.org.br.

⁴ Médico. Especialista em Pediatria, Medicina Intensiva e Hematologia/Hemoterapia (AMB). Mestre em Clínica Médica/Hematologia e Doutor em Atenção em Câncer/Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretor do Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO)/INCA (até outubro/2015), Coordenador de Assistência do INCA (de outubro a dezembro/2015) e Diretor-Geral do INCA (de dezembro/2015 a setembro/2016). Atualmente, é Coordenador do Redome; Coordenador Médico do Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP)/INCA; Coordenador da Rede de Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (Brasilcord/INCA); Representante do Brasil no Grupo de Registros de Doadores de Medula Óssea do Mercosul e Membro do Conselho deliberativo da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea (SBTMO). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* lbouzas@inca.gov.br.

Endereço para correspondência: Letícia Constantino Valverde. Rua dos Inválidos, 212 - 8º andar - Centro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 20231-048. *E-mail:* leticia.valverde@cancer.org.br

Melhoria no Contato com os Doadores do Redome

Improvements in the Redome's Donor Contact

Mejora de Contacto con los Donantes Brasileños

Vidmontiene, D. A.¹; Almada, A. J.²; Garcia, A. T. M.³; Bouzas, L. F. S.⁴

Resumo

Introdução: O Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome) visa a identificar doadores voluntários de medula óssea; contudo, quando esses não são localizados no contato, todo o processo de busca se reinicia e o tempo é um dos fatores decisivos para o paciente que aguarda um transplante. **Objetivo:** Avaliar o processo de contato com o doador, implementar melhorias e analisar os resultados. **Método:** Os resultados do contato dos anos de 2015, implementação de alterações processuais e acompanhamento dos resultados. **Resultados:** Após análise dos dois primeiros trimestres de 2015, foram implementadas mudanças no processo que vieram a refletir no percentual de doadores localizados. De 2015 para 2016, houve aumento de 47% para 71% de sucesso no contato com os doadores. Observando as fases, o crescimento foi de 26% na fase II e de 22% na III. As alterações efetuadas no processo foram: saneamento dos dados, aumento na quantidade e alternância de horários nas tentativas de contato e lançamento do site do Redome com opção de atualização dos dados. Em 2016, foram feitas novas atualizações como disponibilização de caixa postal para retorno de correspondência e criação de sistema para atualização pelos hemocentros. Vale ainda ressaltar que, além da porcentagem dos contatos realizados com sucesso, há o acréscimo de 5%, após envio de telegramas e *e-mails* aos doadores. **Conclusão:** Conclui-se que, com controle do processo, alterações planejadas, ferramentas adequadas, é possível realizar a melhoria contínua, a fim de ofertar uma quantidade maior de doadores aos pacientes que necessitam de um transplante.

Palavras-chave: Contato; Doadores; Redome; Melhoria.

¹ Graduado em Logística. Pós-Graduado em Gestão Estratégica. Supervisor de Operações do Registro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome).

² Biólogo. Especialista em Imunogenética. Gerente de Relacionamento do Redome. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* alexandre.almada@cancer.org.br.

³ Graduanda em Recursos Humanos. Analista de Relacionamento do Redome.

⁴ Médico. Especialista em Pediatria, Medicina Intensiva e Hematologia/Hemoterapia (AMB). Mestre em Clínica Médica/Hematologia e Doutor em Atenção em Câncer/Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretor do Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO)/INCA (até outubro/2015), Coordenador de Assistência do INCA (de outubro a dezembro/2015) e Diretor-Geral do INCA (de dezembro/2015 a setembro/2016). Atualmente, é Coordenador do Redome; Coordenador Médico do Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP)/INCA; Coordenador da Rede de Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (Brasilcord/INCA); Representante do Brasil no Grupo de Registros de Doadores de Medula Óssea do Mercosul e Membro do Conselho deliberativo da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea (SBTMO). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* lbouzas@inca.gov.br.

Endereço para correspondência: Douglas Vidmontiene. Rua dos Inválidos, 212 - 8º andar - Centro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 20231-048. *E-mail:* douglas.vidmontiene@cancer.org.br.

Histórico da Pesquisa Preliminar de Doadores Nacionais para Pacientes Internacionais

Preliminary Search History of National Donors for International Patients

Histórico de las Investigaciones Preliminares de Donantes Nacionales para Pacientes Internacionales

Arrais P. S. N.¹; Tavares N.S.²; Vidmontiene, D. A.³; Almada, A. J.⁴; Bouzas, L. F. S.⁵

Resumo

Introdução: As pesquisas preliminares são listas com possíveis doadores disponíveis na base de dados do Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome) com potencial compatibilidade com os pacientes internacionais que necessitem de transplante de medula óssea. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo demonstrar o aumento das pesquisas preliminares solicitadas pelos Registros internacionais no período de 2010 a 2016. **Método:** Realizado levantamento das pesquisas preliminares efetuadas no sistema de gestão ressaltando os três modelos de pesquisa: manual, busca específica por tipagem HLA e automática. **Resultados:** Em 2010, a quantidade de pesquisas manuais foi de 67; em 2011, subiu para 2.519 pesquisas, com queda em 2012 relacionada à introdução de conexões automatizadas pelo *European Marrow Donor Information System* (EMDIS). De 2013 até 2016, teve média de 2.740 pesquisas. A busca específica por tipagem de HLA iniciou em 2014 com 821 pedidos; em 2015, teve aumento para 2.187; e, em 2016, novo crescimento perfazendo 3.045 pedidos. A pesquisa automática por meio do EMDIS iniciou regularmente em 2011 com 1.979 pesquisas. Em 2012 e 2013, manteve o quantitativo de 4.393; em 2015, teve aumento para 6.346 pesquisas devido a novas conexões com outros países. Em 2016, realizou o total de 7.875 solicitações atendidas. Atualmente, 83% das pesquisas são automáticas e 17% manuais. **Conclusão:** Concluímos que a pesquisa automática obteve crescimento por consequência da abertura de novas conexões com Registros Internacionais. O número de solicitações manuais permanece alto pelo fato de alguns Registros não utilizarem EMDIS ou não possuírem conexão com o Redome.

Palavras-chave: Pesquisa Preliminar; Pacientes Internacionais; EMDIS.

¹ Administradora. Pós-Graduada em Gestão Hospitalar. Analista de relacionamento do Registro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome).

² Administradora. Pós-graduada em Comércio Exterior e Negócios Internacionais. Mestranda em Gestão Internacional e Marketing Estratégico. Analista de relacionamento do Redome.

³ Graduado em Logística. Pós-Graduado em Gestão Estratégica. Supervisor de Operações do REDOME.

⁴ Biólogo. Especialista em Imunogenética. Gerente de Relacionamento do Redome. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* alexandre.almada@cancer.org.br.

⁵ Médico. Especialista em Pediatria, Medicina Intensiva e Hematologia/Hemoterapia (AMB). Mestre em Clínica Médica/Hematologia e Doutor em Atenção em Câncer/Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretor do Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO)/INCA (até outubro/2015), Coordenador de Assistência do INCA (de outubro a dezembro/2015) e Diretor-Geral do INCA (de dezembro/2015 a setembro/2016). Atualmente, é Coordenador do Redome; Coordenador Médico do Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP)/INCA; Coordenador da Rede de Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (Brasilcord/INCA); Representante do Brasil no Grupo de Registros de Doadores de Medula Óssea do Mercosul e Membro do Conselho deliberativo da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea (SBTMO). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* lbouzas@inca.gov.br.

Endereço para correspondência: Pamela Arrais. Av. Brasil, 44878 - Bloco M - apartamento 301 - Campo Grande. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 23078-001. *E-mail:* pamelarrais@cancer.org.br.

Tempo Médio de Liberação de Resultados de Tipagem HLA (2ª fase) para Doadores Voluntários de Medula Óssea

Average Time to Release HLA Typing Results (complementary typing) for Voluntary Bone Marrow Donors

Tiempo Medio para Liberación de los Resultados de Tipificación HLA (tipaje complementar) para Donantes Voluntarios de Médula Óssea

Bertozi, A.P.¹; Tavares, N.S.²; Poly, E.S.N.³; Carneiro, V.A.⁴; Claudino, R.E.⁵; Cardoso, J.F.⁶; Almada, A.J.⁷; Bouzas, L.F.S.⁸

Resumo

Introdução: A tipagem HLA 2ª fase, requisitada para os doadores com *match* potencial 10x10 ou 9x10, possui o prazo de 14 dias para que os laboratórios liberem esses exames. **Objetivos:** Verificar o tempo médio de liberação de resultados e identificar as dificuldades enfrentadas pelos laboratórios que afetem a liberação de resultados. **Método:** Levantamento de dados no sistema Redomeweb das solicitações abertas no ano de 2016 e gerada pesquisa com o auxílio da ferramenta “Google formulários” para envio aos laboratórios. **Resultados:** Foram solicitados 20.020 pedidos, distribuídos em 33 laboratórios. Destes, 15.693 (78,4%) foram atendidos em até 14 dias e 4.327 (21,6%), em um prazo superior a 14 dias. Dos laboratórios participantes, 24 (72,7%) liberaram os pedidos dentro do prazo. Os dados foram apresentados sob a forma de gráfico e encaminhados junto à pesquisa aos laboratórios, via *e-mail*. Um total de 25 (75,7%) laboratórios responderam à pesquisa e 15 (60%) informaram que estão tendo algum tipo de problema que afeta a liberação de resultados. Entre os problemas mais citados: aquisição de reagentes (33,3%), repasse de amostra pelo hemocentro (27,7%) e localização de doador (22,2%). **Conclusão:** Este estudo-piloto permitiu ao Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome) identificar as principais causas de entraves enfrentados pelos laboratórios, bem como possibilitou a estes verificar sua performance. Os dados podem ser utilizados para traçar estratégias para o melhoramento do tempo de atendimento dos exames, estimulando o aprimoramento de processos (do Redome e dos laboratórios), garantindo a alta qualidade na busca por um doador adequado.

Palavras-chave: Laboratório; HLA; Exames Médicos; Doadores Vivos.

¹Administradora. Analista de Relacionamento do Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* alessandra.bertozi@cancer.org.br.

²Administradora. Pós-Graduada em Comércio Exterior e Negócios Internacionais pelo Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação. Mestranda em Gestão Internacional e Marketing Estratégico pela *Université d'Angers*. Analista de Relacionamento do Redome. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* natiele.tavares@cancer.org.br.

³Analista de Sistemas. Pós-Graduada em Análise e Projeto de Sistemas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ). Analista de Sistemas do Redome. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* elizabete.poly@cancer.org.br.

⁴Biólogo. Especialista em Biologia Molecular com ênfase em Histocompatibilidade. Analista de relacionamento Técnico I do Redome. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* virginia.carneiro@cancer.org.br.

⁵Bióloga. Especialista em Imuno-hematologia. Analista de relacionamento Técnico II do Redome. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* renata.claudino@cancer.org.br.

⁶Bióloga. Mestre em Morfologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutorado em Biologia Humana e Experimental pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Analista de Relacionamento Líder do Redome. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* juliana.cardoso@cancer.org.br.

⁷Biólogo. Especialista em Imunogenética. Gerente de Relacionamento do Redome. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* alexandre.almada@cancer.org.br.

⁸Médico. Especialista em Pediatria, Medicina Intensiva e Hematologia/Hemoterapia (AMB). Mestre em Clínica Médica/Hematologia e Doutor em Atenção em Câncer/Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretor do Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO)/INCA (até outubro/2015), Coordenador de Assistência do INCA (de outubro a dezembro/2015) e Diretor-Geral do INCA (de dezembro/2015 a setembro/2016). Atualmente, é Coordenador do Redome; Coordenador Médico do Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP)/INCA; Coordenador da Rede de Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (Brasilcord/INCA); Representante do Brasil no Grupo de Registros de Doadores de Medula Óssea do Mercosul e Membro do Conselho deliberativo da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea (SBTMO). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* lbouzas@inca.gov.br.

Endereço para correspondência: Juliana Fernandes Cardoso. Rua dos Inválidos, 212 - 8º andar - Centro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 20231-048. *E-mail:* juliana.cardoso@cancer.org.br.

Desequilíbrio de Ligação de Haplótipos HLA-DRB1-DQB1 de Candidatos do Redome em um Laboratório do Norte do Estado do Paraná, Região Sul do Brasil

Linkage Disequilibrium of HLA-DRB1-DQB1 Haplotypes of Redome Candidates at a Laboratory in the Northern State of Paraná, Southern Brazil

Desequilíbrio del enlace de Haplótipos HLA-DRB1-DQB1 de Candidatos de Redome en un Laboratorio del Norte del Estado de Paraná, Región Sur de Brasil

Noguti, E.N.¹; Saito, C.F.²; Araujo, M.C.³; Kulza, R.A.⁴; Santos, S.A.G.⁵; Xavier, D.T.S.⁶; Tsuneto, L.T.⁷

Resumo

Introdução: O polimorfismo genético do sistema HLA dificulta a escolha de doadores compatíveis para transplantes de medula óssea. O desequilíbrio de ligação pode reduzir essa variabilidade devido à segregação haplotípica. O desequilíbrio de ligação ocorre principalmente entre alelos de locos fisicamente próximos, como HLA-DRB1-DQB1.

Objetivo: Apresentar os haplótipos HLA-DRB1-DQB1 mais frequentes e seu respectivo desequilíbrio de ligação de doadores voluntários de medula óssea. **Método:** Analisaram-se 238 amostras de doadores voluntários cadastrados no Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome) em 2016 em nosso laboratório. As genotipagens HLA-DRB1 e DQB1 foram realizadas por PCR-SSOP, tecnologia Luminex (One Lambda®, CA, USA), e os alelos foram inferidos pela frequência da nossa população. Os haplótipos foram estimados por máxima verossimilhança. O valor de P foi calculado pelo Teste Exato de Fisher. **Resultados:** Entre os 238 doadores analisados, 53% eram do sexo masculino. Dos 476 haplótipos, os dez haplótipos mais frequentes (53,5%) apresentaram diferenças significativas para o desequilíbrio de ligação ($P \leq 0,0001$): *DRB1*07:01-DQB1*02:02* (7,8%); *DRB1*15:01-DQB1*06:02* (6,9%); *DRB1*11:01-DQB1*03:01* (6,7%); *DRB1*03:01-DQB1*02:01* (6,1%); *DRB1*01:01-DQB1*05:01* (5,9%); *DRB1*13:01-DQB1*06:03* (5,2%); *DRB1*11:04-DQB1*03:01* (4,8%); *DRB1*14:01-DQB1*05:03* (4,0%); *DRB1*13:02-DQB1*06:04* (3,4%); *DRB1*04:04-DQB1*03:02* (2,7%). Entre estes, quatro haplótipos apresentaram associação absoluta. **Conclusão:** Neste estudo, observou-se forte desequilíbrio de ligação nos 53,5% dos haplótipos HLA-DRB1-DQB1 e os mesmos estão em concordância com os divulgados pelo *Allele Frequency Net Database* (AFND).

Palavras-chave: Haplótipos, HLA-DRB1; HLA-DQB1; Desequilíbrio de Ligação; Redome.

¹Farmacêutica-Bioquímica. Mestre em Biociências Aplicadas à Farmácia pela Universidade Estadual de Maringá. Histogene Laboratório de Histocompatibilidade e Genética Ltda. Maringá (PR), Brasil. *E-mail:* erikann.uem@gmail.com.

²Biomédica. Especialista em Gestão em Saúde e Auditoria. Histogene Laboratório de Histocompatibilidade e Genética Ltda. Maringá (PR), Brasil. *E-mail:* carolzinhasaito@hotmail.com.

³Acadêmica de Biologia. Histogene Laboratório de Histocompatibilidade e Genética Ltda. Maringá (PR), Brasil. *E-mail:* castardomari@hotmail.com.

⁴Biólogo. Mestre em Genética e Melhoramento pela Universidade Estadual Maringá. Histogene Laboratório de Histocompatibilidade e Genética Ltda. Maringá (PR), Brasil. *E-mail:* rodrigokulza@gmail.com.

⁵Técnica em Enfermagem. Histogene Laboratório de Histocompatibilidade e Genética Ltda. Maringá (PR), Brasil. *E-mail:* silvana_ap_gamba@hotmail.com.

⁶Farmacêutico. Especialista em Imunogenética pela Universidade Estadual de Maringá. Histogene Laboratório de Histocompatibilidade e Genética Ltda. Maringá (PR), Brasil. *E-mail:* danieltsx@hotmail.com.

⁷Farmacêutica. Doutora em Genética. Histogene Laboratório de Histocompatibilidade e Genética Ltda. Maringá (PR), Brasil. *E-mail:* ltsuneto@gmail.com.

INFORMAÇÕES GERAIS

A Revista Brasileira de Cancerologia (RBC) é uma publicação trimestral, editada pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), que tem por finalidade divulgar trabalhos relacionados a todas as áreas do controle do câncer. São aceitos para publicação textos em português, inglês e espanhol. O processo de avaliação dos trabalhos é realizado por meio de revisão por pares (*peer review*). São aceitos diversos tipos de trabalho como, por exemplo: artigos originais, artigos de revisão, relatos e série de casos, artigos de opinião, resumos, resenhas, cartas ao editor, debate e entrevista.

Não são cobrados quaisquer taxas ou encargos para o processamento ou a publicação do manuscrito na Revista.

Os manuscritos devem ser inéditos e destinarem-se exclusivamente à RBC, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Os conceitos e as opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Manuscritos que se referem a partes de uma mesma pesquisa têm a submissão desencorajada por essa Revista.

Os manuscritos publicados passarão a ser propriedade da RBC, sendo vedada tanto sua reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, como sua tradução para publicação em outros idiomas, sem prévia autorização.

Os manuscritos aceitos para publicação poderão ser modificados para se adequarem ao estilo editorial-gráfico da Revista, sem que, entretanto, nada de seu conteúdo técnico-científico seja alterado.

No caso de o manuscrito incluir tabelas e ilustrações previamente publicadas por outros autores e em outros veículos, é dever do autor fornecer comprovante de autorização de reprodução, assinado pelos detentores dos seus direitos autorais.

Os leitores de periódicos biomédicos merecem ter a confiança de que o que estão lendo é original, a menos que exista uma declaração clara de que o artigo está sendo republicado por escolha do autor e do editor (como pode acontecer com textos históricos ou referenciais). Quando o manuscrito submetido já foi em grande parte publicado em outra revista ou está parcialmente contido ou estreitamente relacionado com outro manuscrito submetido ou aceito para publicação em outra revista, o(s) autor(es) deve(m) deixar isso claro, na carta de submissão, bem como fornecer uma cópia do referido material para análise do editor.

Quando parte do material do manuscrito já tiver sido apresentada em uma comunicação preliminar, em simpósio, congresso etc., esse fato deve ser citado como nota de rodapé na página de título, e uma cópia do texto da apresentação deve acompanhar a submissão do manuscrito.

Na submissão de manuscritos ou resumos resultados de pesquisa, é obrigatória a inclusão de declaração de que a pesquisa foi aprovada ou isenta de submissão por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por outro CEP indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde. Caso a pesquisa tenha sido submetida e aprovada pelo CEP, é preciso enviar a cópia do documento de aprovação e, quando necessário, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os pacientes têm direito à privacidade, fato que não deve ser infringido sem um consentimento informado. As informações de identificação pessoal não devem ser publicadas em descrições escritas, fotografias, genealogias e relatos de caso, a menos que a informação seja essencial para propósitos científicos e que o paciente (ou seus pais ou tutores) outorgue um consentimento informado por escrito, autorizando a publicação.

Devem omitir-se detalhes de identificação se não forem essenciais, mas os dados do paciente nunca deverão ser alterados ou falsificados numa tentativa de conseguir o anonimato. O anonimato completo é difícil de conseguir, devendo-se obter o consentimento informado se houver alguma dúvida. Por exemplo, mascarar a região ocular em fotografias de pacientes é uma proteção inadequada para o anonimato.

A RBC, ao reconhecer a importância do registro e da divulgação internacional, em acesso aberto, de informações sobre estudos clínicos, apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos (*International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE*). Dessa forma, serão aceitos para publicação apenas os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no sítio do ICMJE (<http://www.icmje.org>).

A RBC adota as “Recomendações para a elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos” do ICMJE (<http://www.icmje.org>). O manuscrito, incluindo tabelas, ilustrações e referências, deve seguir a versão mais recente desses requisitos. Os autores devem consultar o site do ICMJE para obterem as versões mais recentes do documento.

A RBC também adota as recomendações do “Comitê de Ética em Publicações” para os aspectos éticos no processo de editoração e publicação de artigos científicos. Os códigos de conduta e diretrizes para editores e revisores estão disponíveis na página do COPE na Internet (<http://publicationethics.org/>).

Conflitos de interesses devem ser reconhecidos e mencionados pelos autores. Entre essas situações, menciona-se a participação societária nas empresas produtoras das drogas ou de equipamentos citados ou utilizados no trabalho, assim como em concorrentes da mesma. São também consideradas fontes de conflito os auxílios recebidos, as relações de subordinação no trabalho, as consultorias etc.

A submissão do manuscrito à RBC deve ser feita por *e-mail* para rbc@inca.gov.br, com o texto integral, tabelas, gráficos, figuras, imagens, parecer do CEP e o TCLE, se aplicável, e de acordo com as normas da Revista. A “carta de submissão” individual e assinada por cada um dos autores (modelo disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc>) deve também ser enviada nessa oportunidade.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A publicação dos trabalhos dependerá da observância das normas da RBC para elaboração e submissão de manuscritos e da decisão do seu Conselho Editorial. O processo de avaliação inicia-se com o Editor Científico que avalia se o artigo recebido traz contribuições para a área da Cancerologia e se é de interesse para os leitores. Avalia também se o original está elaborado de acordo com as instruções recomendadas pela Revista. Os manuscritos considerados pertinentes; mas, em desacordo com essas instruções, serão devolvidos aos autores para as adaptações necessárias, antes da avaliação pelo Conselho Editorial e/ou Pareceristas (Revisores).

O manuscrito aceito é encaminhado para análise e emissão de parecer por pelo menos dois membros do Conselho Editorial e/ou Pareceristas (Revisores) *Ad Hoc*, ambos constituídos por profissionais de notório saber nas diversas áreas de controle do câncer. Nesse processo, o sigilo e o anonimato serão adotados para autor(es) e pareceristas. Os revisores fazem comentários e oferecem sugestões para melhorar o manuscrito e também podem reprová-lo. A análise dos pareceristas é realizada com base no formulário do Anexo III disponível na RBC em <http://www.inca.gov.br/rbc>.

Após análise dos pareceristas e elaboração dos respectivos pareceres, o manuscrito e os pareceres são enviados ao Editor Científico que os analisa em relação ao cumprimento das normas de publicação da Revista e mérito científico e decide sobre a aceitação ou não do manuscrito, processo sobre o qual tem plena autoridade de decisão.

Depois da análise do editor, os manuscritos poderão ser classificados em: manuscrito aprovado sem restrições, que será encaminhado ao revisor técnico para revisão e posterior publicação; manuscrito aprovado com restrições, que será encaminhado ao(s) autor(es) com as solicitações de ajustes; e manuscrito reprovado. A decisão do editor será comunicada ao(s) autor(es) por *e-mail*.

O manuscrito revisado deve ser representado pelo(s) autor(es) à RBC, por e-mail, acompanhado de carta informando as alterações realizadas ou, quando não realizadas, apresentando as devidas justificativas. Não havendo retorno do trabalho em quarenta e cinco (45) dias, será considerado que os autores não têm mais interesse na publicação e o manuscrito será considerado reprovado.

O manuscrito aprovado será publicado de acordo com o fluxo e o cronograma editorial da Revista e respeitando as datas de aprovação.

CATEGORIA DOS MANUSCRITOS

São considerados para publicação os seguintes tipos de manuscritos:

- **Artigos Originais** - são artigos nos quais são informados os resultados obtidos em pesquisas originais de natureza empírica ou experimental, utilizando abordagens quantitativas ou qualitativas. Também são considerados originais as pesquisas de conteúdo histórico e os artigos metodológicos cujo foco seja os processos de coleta, análise e interpretação dos dados. Como estrutura, devem apresentar o formato introdução, método, resultados, discussão e conclusão. O máximo de laudas é 25 (vinte e cinco) para estudos quantitativos e 30 (trinta) para qualitativos, incluindo folha de rosto, resumos, corpo do manuscrito e referências. Figuras, tabelas e gráficos não devem ultrapassar 5 (cinco) e cada uma delas deve ocupar 1 (uma) lauda.
- **Revisão da Literatura** - trata-se de revisão sistematizada e atualizada da literatura sobre um tema ou problema específico. Devem ser descritos os tipos de revisão (narrativa, integrativa ou sistemática), os métodos e procedimentos adotados para a realização do trabalho. A interpretação e conclusão dos autores devem estar presentes. Como estrutura deve apresentar o formato introdução, método, resultados, discussão e conclusão. O máximo de laudas é 35 (trinta e cinco), incluindo folha de rosto, resumos, corpo do manuscrito e referências. Figuras, tabelas e gráficos não devem ultrapassar 5 (cinco) e cada uma delas deve ocupar 1 (uma) lauda.

- **Relato de Casos/Série de Casos** - é a descrição detalhada e análise crítica de um ou mais casos, típicos ou atípicos, baseado em revisão bibliográfica ampla e atual sobre o tema. Deve conter: folha de rosto, resumo, palavras-chave, introdução, exposição do caso, discussão, conclusão e referências. O máximo de laudas é 15 (quinze), incluindo folha de rosto, resumos, corpo do manuscrito e referências. Figuras, tabelas e gráficos não devem ultrapassar 4 (quatro) e cada uma delas deve ocupar 1 (uma) lauda.
- **Artigo de Opinião** - trata-se de opinião qualificada dos autores sobre tema específico em controle do câncer. Não necessita de resumos. Deve apresentar a seguinte estrutura: folha de rosto, introdução, desenvolvimento (com subseções, quando for o caso), conclusão e referências. O máximo de laudas é 10 (dez), incluindo folha de rosto, resumos, corpo do manuscrito e referências. Figuras, tabelas e gráficos não devem ultrapassar 2 (duas) e cada uma delas deve ocupar 1 (uma) lauda.
- **Resenha** - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático do controle do câncer, publicado nos últimos três anos. O máximo é de 4 (quatro) laudas, incluindo referências, quando houver.
- **Resumos de dissertações, de teses e de trabalhos científicos** - trata-se da informação sucinta de pesquisas originais. Portanto, deve conter a natureza e os propósitos da pesquisa e a descrição objetiva da metodologia, resultados e conclusões. Sua finalidade é a transmissão da produção científica de jovens pesquisadores. As teses e dissertações devem ter sido defendidas e aprovadas nos últimos dois anos e os trabalhos científicos apresentados em eventos científicos nos últimos 12 (doze) meses. Devem conter entre 150 e 250 palavras e seguir as normas da Revista quanto à elaboração de resumos.
- **Entrevistas** - depoimentos de profissionais de saúde, pesquisadores e gestores cujas histórias de vida, pesquisas e realizações sejam relevantes para a área de controle do câncer. O máximo é de 10 (dez) laudas, devendo conter um resumo curricular da personalidade entrevistada de no máximo 250 palavras. A demanda para publicar uma entrevista será sempre de iniciativa do editor científico.
- **Debate** - artigo teórico com análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a área de controle do câncer elaborado por especialista convidado que é acompanhado por comentários críticos assinados por dois especialistas também convidados, seguida de resposta do autor do artigo principal. O máximo de laudas é 5 (cinco) para o artigo principal. Os comentários críticos não deverão ultrapassar 3 (três) laudas, o mesmo acontecendo com a resposta do autor. Figuras, tabelas e gráficos não devem ultrapassar 2 (duas) e cada uma delas deve ocupar 1 (uma) lauda.
- **Cartas ao Editor** - críticas ou comentários breves sobre temas relacionados ao controle do câncer, preferencialmente vinculados a artigo publicado na Revista. No caso de críticas a trabalhos publicados em fascículo anterior da Revista, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas serão mantidos os pontos principais. O máximo é de 4 (quatro) laudas.

PREPARO DO MANUSCRITO

O original deve ser escrito na terceira pessoa do singular com o verbo na voz ativa (ABNT.NBR-6028, 2003, p.2).

O processador de textos utilizado deve ser o *Microsoft Word*, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, margens de 30 mm em ambos os lados, espaço duplo em todas as seções, tamanho do papel A4 (210 x 297mm) e páginas numeradas a partir da introdução. Não são aceitas notas de rodapé.

O preparo do manuscrito deve seguir as “Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos” do ICMJE. A versão atualizada desse documento pode ser encontrada no endereço eletrônico <http://www.icmje.org>. A última tradução para o português (2014) pode ser acessada em <http://www.icmje.org/recommendations/translations/portuguese2014.pdf>.

Recomenda-se que a estrutura dos manuscritos obedeça às diretrizes de redação científica de acordo com delineamento da pesquisa. As diretrizes para redação de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e estudos observacionais podem ser acessadas no site da iniciativa EQUATOR Network (<http://www.equator-network.org/>).

Em caso de dúvida sobre o preparo do manuscrito, sugerimos consultar os respectivos tipos de manuscritos publicados em edições pretéritas da RBC.

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE A REDAÇÃO DE UM MANUSCRITO

- ARTIGO ORIGINAL E REVISÃO

1. Página de título ou folha de rosto

Deve conter: a) título do artigo com até 100 caracteres, exceto títulos de resumos de tese, dissertação e de trabalhos apresentados, alternando letras maiúsculas e minúsculas, em português, inglês e espanhol; b) título abreviado com até 40 caracteres; c) nome(s) por extenso do(s) autor(es).

A designação de autoria deve ser baseada nas deliberações do ICMJE, que considera autor aquele que contribui substancialmente na concepção ou no planejamento do estudo; na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados; assim como na redação e/ou revisão crítica e na aprovação final da versão publicada. Em estudos institucionais (de autoria coletiva) e estudos multicêntricos, os responsáveis devem ter seus nomes especificados e todos considerados autores devem cumprir os critérios acima mencionados; d) indicar para cada autor, em nota de rodapé, a categoria profissional, o mais alto grau acadêmico, o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e instituição(ões) a que o trabalho deverá ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, estado e país; e) nome, endereço e telefone do autor responsável pela correspondência sobre o manuscrito; f) descrição da contribuição individual de cada autor no manuscrito (ex.: ... trabalhou na concepção e na redação final e ... na pesquisa e na metodologia); g) agradecimentos: os demais colaboradores, que não se enquadram nos critérios de autoria acima descritos, devem ter seus nomes referidos nesse item especificando o tipo de colaboração. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, já que se pode inferir que as mesmas concordam com o teor do trabalho; h) declaração de conflito de interesses (escrever “nada a declarar” ou revelar quaisquer conflitos); i) para trabalhos subvencionados, identificar o patrocinador e número de processo (se houver).

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 palavras e no máximo 250, e as seções introdução, objetivo(s), metodologia, resultados e conclusão.

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>) elaborada pela Bireme. Os resumos devem vir acompanhado de no mínimo três e no máximo seis descritores.

No resumo, não devem ser feitas citações de referências, nem se deve incluir abreviaturas, bem como quadros, tabelas ou figuras.

A primeira letra de cada palavra dos títulos deve estar em caixa alta (exceto artigos e preposições) e os nomes dos autores devem vir por extenso, e não apenas indicados pelas iniciais.

No caso de resumos de trabalhos apresentados em eventos de controle do câncer que forem submetidos para publicação na RBC, caberá aos autores proceder à adequação às normas da Revista antes de encaminhá-los, sendo de sua inteira responsabilidade a precisão e correção da linguagem.

3. Introdução

Deve ser objetiva, com definição clara do problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento; a revisão de literatura deve ser estritamente pertinente ao assunto tratado no estudo, de modo a proporcionar os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre o tema e evidenciar a importância do novo estudo. Deve conter o(s) objetivo(s) do estudo ou a(s) hipótese(s) a ser(em) testada(s).

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 das técnicas de coleta, seleção, análise e interpretação dos dados.

Se alguma organização foi paga ou contratada para ajudar na condução da pesquisa (como, por exemplo, na coleta ou no gerenciamento dos dados), isso deve ser detalhada na Seção de método.

Descrever o processo de seleção dos sujeitos da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão e a descrição da população-alvo.

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 os símbolos. Se for usado algum pacote de programa estatístico especifique a versão utilizada.

Nos estudos qualitativos, detalhar o processo de análise, síntese e interpretação dos dados.

Quando forem relatados experimentos com seres humanos, indicar se os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os padrões éticos do 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 nº. 510/2016 do Conselho Nacional de

Saúde. Não usar os nomes dos pacientes, as iniciais ou os 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.

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.

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, as tabelas e as ilustrações em sequência lógica, atentando para que o texto complementar 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 nessa seção. Evitar fazer alusão a estudos que não tenham sido concluídos. Estabelecer novas hipóteses, quando estiverem justificadas claramente como tais. Recomendações para a prática, quando apropriadas, poderão ser incluídas.

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. No caso de citação sequencial, separar os números por traço (ex.: ¹⁻²); quando intercalados, use vírgula (ex.: ^{1,3,7}).

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”.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Deve-se constar apenas referências relevantes e que realmente foram utilizadas no estudo.

As referências não podem ultrapassar o número de 25 (vinte e cinco), salvo as revisões de literatura, nas quais serão aceitas até 35 (trinta e cinco).

Não devem ser incluídas referências no resumo e na conclusão.

As referências devem seguir os padrões resumidos no documento original em inglês do Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos (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/>).

Serão apresentadas as ocorrências mais comuns de referências por tipos de material referenciado. Algumas observações listadas abaixo 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 *LocatorPlus*, 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 de 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 6 (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 6 (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 J.

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.

10. Ilustrações (figuras)

A RBC é uma publicação em preto e branco e, por isso, todas as ilustrações serão reproduzidas nesse padrão. As imagens devem ser digitalizadas, em branco e preto (tons de cinza), não excedendo o tamanho de 20 x 25 cm. As letras, os números e os símbolos devem ser claros e legíveis, de tal forma que suportem reduções necessárias para publicação. Não colocar os títulos e as explicações nas ilustrações e sim nas legendas.

Se forem usadas fotografias de pessoas, os sujeitos não devem ser identificáveis ou suas fotografias devem estar acompanhadas por consentimento escrito para publicação.

As ilustrações devem ser numeradas de acordo com a ordem em que foram citadas no texto. As ilustrações deverão ser apontadas no corpo do texto, porém enviadas em laudas separadas.

Se uma ilustração já foi publicada, agradecer à fonte original e enviar a autorização escrita do detentor dos direitos autorais para reproduzir o material. A autorização é requerida, seja do autor ou da companhia editorial, com exceção de documentos de domínio público.

As ilustrações devem ser fornecidas da seguinte forma:

- Arquivo digital em formato .TIFF, .JPG, .EPS, com resolução mínima de:
 - 300 dpi para fotografias comuns.
 - 600 dpi para fotografias que contenham linhas finas, setas, legendas etc.
 - 1.200 dpi para desenhos e gráficos.

11. Nomenclatura

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biomédica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Os originais em língua portuguesa deverão estar em conformidade com o novo Acordo Ortográfico, assinado em 1990.

- RESUMOS DE TESES, DE DISSERTAÇÕES E DE TRABALHOS CIENTÍFICOS

Todos os resumos deverão apresentar o formato estruturado, redigidos em 1 (um) dos 3 (três) idiomas aceitos para publicação (português, inglês e espanhol), acompanhados dos descritores no respectivo idioma. A terminologia para os descritores deve ser denominada no artigo como palavras-chave, *key words* ou palabras clave.

Os descritores são palavras que auxiliam na indexação dos artigos em bases de dados nacionais e internacionais. Para escolher os descritores, deve-se consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde elaborada pela Bireme (DeCS-LILACS - <http://decs.bvs.br>). São exigidos no mínimo 3 (três) e no máximo 6 (seis) descritores.

Cada resumo deverá conter no mínimo 150 palavras e no máximo 250, e as seções introdução, objetivo(s), método, resultados e conclusão.

No resumo, não devem ser feitas citações de referências, nem incluir abreviaturas, quadros, tabelas ou figuras.

A primeira letra de cada palavra dos títulos deve estar em caixa alta (exceto artigos e preposições) e os nomes dos autores devem vir por extenso, e não apenas indicados pelas iniciais.

No caso de resumos de trabalhos apresentados em eventos científicos relacionados ao controle do câncer e que forem submetidos para publicação na RBC, caberá aos autores proceder à adequação às normas da Revista antes de encaminhá-los, sendo de sua inteira responsabilidade a precisão e correção da linguagem.

Indicar para cada autor, em nota de rodapé, a categoria profissional, o mais alto grau acadêmico, o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e instituição(ões) a que o autor está filiado, endereço eletrônico, cidade, estado e país.

Identificar nome, endereço completo e telefone do autor responsável pela correspondência sobre o artigo. Em caso de resumos de teses e dissertações, devem constar a identificação do autor e do(s) orientador(es).

Os títulos dos resumos devem ser redigidos em português, inglês e espanhol.

- RESUMO DOS REQUISITOS TÉCNICOS PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Antes de enviar o manuscrito por e-mail, para rbc@inca.gov.br, confira se as Instruções para Autores disponíveis em www.inca.gov.br/rbc foram seguidas e verifique o atendimento dos itens listados a seguir:

- Submeter o arquivo integral do manuscrito em *Microsoft Word*.
- Usar espaço duplo em todas as partes do documento.
- Começar cada seção ou componente em uma nova página.
- Revisar a sequência: página-título/folha de rosto; resumos e descritores; introdução; métodos, resultados, discussão; conclusão; referências; tabelas, quadros, figuras com legendas (apontadas no corpo do texto, mas cada uma em laudas separadas).
- De três a seis palavras-chave e respectivas *key words* e palabras clave.
- Referências: numeradas, em sobrescrito, na ordem de aparecimento no texto, corretamente digitadas, e não ultrapassando o número de 25 (vinte e cinco); no caso de revisão 35 (trinta e cinco). Verificar se todos os trabalhos citados estão na lista de referências e se todos os listados estão citados no texto.
- Apresentar ilustrações, fotos ou desenhos separados (20 x 25 cm máximo).
- Incluir a carta de submissão disponível nas Instruções para Autores. Caso o manuscrito tenha mais do que um autor, cada um deles deverá preencher e assinar a carta, e o autor responsável pela submissão deve enviá-las digitalizadas em formato pdf junto com o arquivo do manuscrito para rbc@inca.gov.br.
- Incluir permissão para reproduzir material previamente publicado ou para usar ilustrações que possam identificar indivíduos.
- Incluir autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, quando aplicável.
- Incluir documento comprovando a aprovação do trabalho por CEP ou TCLE, quando aplicável.

CARTA DE SUBMISSÃO À REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

Por favor, preencha e envie este formulário juntamente com o original do seu trabalho para o e-mail: rbc@inca.gov.br. Caso o manuscrito tenha mais do que um autor, cada um deles deverá preencher, assinar e encaminhar essa carta digitalizada em formato pdf ao autor responsável pela submissão, para que ele possa enviá-la à RBC com o manuscrito.

Título do manuscrito:

Classificação do manuscrito:

- Artigo original: Quantitativo Qualitativo Misto
 Revisão da literatura: Narrativa Integrativa Sistemática
 Relato de caso/série de casos Artigo de opinião
 Entrevista Debate Resenha
 Resumo Carta ao editor

Cada autor deve indicar suas contribuições, marcando com a letra X os campos abaixo:

1. Contribuição:

- Na concepção OU desenho do trabalho; OU aquisição, análise, OU interpretação dos dados da pesquisa;
 Na redação OU revisão crítica com contribuição intelectual;
 Na aprovação final da versão para publicação.

2. Conflito de interesses:

- O autor não tem conflitos de interesse, incluindo interesses financeiros específicos e relacionamentos e afiliações relevantes ao tema ou materiais discutidos no manuscrito.
 O autor confirma que todos os financiamentos, outros apoios financeiros, e apoio material/humano para esta pesquisa e/ou trabalho estão claramente identificados no manuscrito enviado para avaliação do “conselho editorial da RBC”.

3. Agradecimentos:

- O autor confirma que as pessoas que contribuíram substancialmente ao trabalho desenvolvido neste texto, mas que não atendem aos critérios para autoria, foram mencionadas nos “agradecimentos” do manuscrito com a descrição de suas contribuições específicas.
 O autor confirma que todos que foram mencionados nos “agradecimentos” deram sua permissão por escrito para serem incluídos.
 O autor confirma que, se os “agradecimentos” não foram incluídos no texto submetido, foi porque não houve nenhuma contribuição substancial de outros ao manuscrito além dos autores.

4. Transferência de direitos autorais/publicação

Declaro que em caso de aceitação do manuscrito para publicação, concordo que os direitos autorais a ele passarão a ser propriedade da RBC, sendo vedada tanto sua reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, sejam eles impressos ou eletrônicos, assim como sua tradução para publicação em outros idiomas, sem prévia autorização desta e, que no caso de obtenção do mesmo, farei constar o competente agradecimento à Revista.

* A Revista Brasileira de Cancerologia considera autor quem contribui com os três requisitos apresentados. Quem contribui com um ou dois requisitos não deve ser considerado autor. Neste caso o nome deve aparecer nos agradecimentos indicando qual o tipo de contribuição. Os autores devem assumir a responsabilidade de responder por todos os aspectos relacionados ao trabalho.

Autor _____

Assinatura _____

Data _____

E-mail _____

GENERAL INFORMATION

The Brazilian Journal of Oncology is a quarterly publication edited by the José Alencar Gomes da Silva National Cancer Institute (INCA), the aim of which is to disseminate work related to all areas of cancer control. Texts in Portuguese, English and Spanish are accepted for publication, and are subject to peer review. Various types of manuscripts are accepted such as: original articles, reviews, case reports and case series, opinion pieces, research summaries, book reviews, letters to the editor, debates and interviews.

There are no charges or fees of any kind for processing or publishing the manuscript in the Journal.

Manuscripts should be unpublished articles exclusive to the BJO, and it is not permissible to send them to other journals simultaneously. The concepts and opinions expressed in the articles, as well as the accuracy and origin of citations are the sole responsibility of the author(s). Submission to this Journal of manuscripts referring to parts of the same research project is discouraged.

The published manuscripts become property of the BJO and their reproduction, even in part, in other journals is prohibited, as is their translation into other languages for publication without prior authorization.

Manuscripts accepted for publication may be modified to the Journal's editorial-graphical style without, however, altering their technical/scientific content.

Authors of manuscripts that include tables and illustrations previously published by other authors and in other publications must provide proof of authorization for their reproduction, signed by the copyright holder.

Readers of bio-medical journals should be able to trust that what they are reading is original, unless it is clearly stated that the article is being republished at the wish of the author and editor (as may be the case with historical or reference texts). When a large part of the manuscript submitted has already been published in another journal or is part of or closely related to another manuscript submitted for publication in another journal, the author(s) should make this clear in the submission letter and provide a copy of such material for analysis by the editor.

When part of the manuscript's material has already been presented in a preliminary communication or at a symposium, congress etc. this fact should be noted in a footnote on the title page and the manuscript submitted should be accompanied by a copy of the text of the presentation.

Submission of manuscripts or abstracts resulting from research must be accompanied by a declaration that the research was approved by or exempt from submission to the Research Ethics Committee (REC) of the institution with which the authors are linked or, in the lack thereof, by another REC recommended by the National Research Ethics Commission of the Ministry of Health. For research that has been submitted to and approved by the REC, a copy of the approval document must be sent and, where necessary, the Informed Consent Form (ICF).

Patients have the right to privacy, which may not be infringed without informed consent. Personal identification information may not be published in the form of written descriptions, photographs, genealogies or case reports, unless such information is essential for the scientific purpose and the patient (or parents or guardian) give written informed consent authorizing publication.

Non-essential identification details should be omitted, but patients' data should never be altered or falsified in the attempt to achieve anonymity. Complete anonymity is difficult to achieve, and informed consent should be obtained if there is any doubt. For example, hiding the eye region in photographs of patients is not adequate to protect anonymity.

The BJO recognizes the importance of recording information on clinical studies and disseminating it internationally, with open access, supporting World Health Organization (WHO) and International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) policies for recording clinical trials. Thus, it will only accept articles on clinical trials that have received an identification number from the registers of clinical trials validated as meeting the criteria established by the WHO and ICMJE, the addresses of which are available on the ICMJE site (<http://www.icmje.org>).

The BJO adopts ICMJE "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals" (<http://www.icmje.org>). The manuscript, including tables, illustrations and references must follow the most recent version of these requirements. The authors should consult the ICMJE site to obtain the most up-to-date version of the document.

The BJO also adopts the recommendations of the Committee on Publication Ethics (COPE) with regards the ethical aspects of editing and publishing scientific articles. Codes of conduct and guidelines for editors and reviewers are available on COPE's site (<http://publicationethics.org/>).

Authors should recognize and mention conflicts of interest. These situations could include: holding shares in a company that produces the drugs or equipment cited in the work, or in a competitor thereof. Other sources of conflict include assistance received, subordinate-superior relationships in the workplace, consultancy etc.

Manuscripts should be submitted to the BJO by email to rbc@inca.gov.br, with the complete text, tables, graphics, figures, images, REC report and ICF, if applicable, and in accordance with the Journal norms. The "letter of submission", signed by each of the authors (model available at <http://www.inca.gov.br/rbc>) should also be sent at this time.

MANUSCRIPT EVALUATION PROCESS

Publication will depend on adherence to BJO norms for drafting and submitting manuscripts and the decision of the Editorial Board. The evaluation process starts with the Scientific Editor, who evaluates the article received for its contribution to the area of cancer control and its interest to the readers as well as whether the original follows the instructions recommended by the Journal. Manuscripts deemed relevant, but not in accordance with these instructions, shall be returned to the authors for the necessary changes, before evaluation by the Editorial Board and/or Consultants (Reviewers).

Accepted manuscripts are sent for analysis and report by at least two members of the Editorial Board and/or *Ad Hoc* Consultants (Reviewers), all of whom are renowned professionals from the various areas of cancer control. During this process, the confidentiality and anonymity of authors and consultants are maintained. The reviewers make comments and suggestions for improving the manuscript and may also refuse it. The consultant's report is based on the Anex II available on the BJO at <http://www.inca.gov.br/rbc>.

After the respective consultants have analyzed and prepared their reports, the manuscript and the reports are sent to the Scientific Editor who analyzes them in terms of following the Journal norms and of scientific merit and decides whether to accept the manuscript, over which decision process he/she has full authority.

Following analysis by the editor, the manuscripts are classified as: manuscript approved without restriction, which is then sent to the technical reviewer for review and later publication; manuscript approved with restrictions, which will be returned to the author(s) with requests for adjustments; or manuscript refused. The editor's decision shall be communicated to the author(s) via e-mail.

The revised manuscript should be resubmitted to the BJO by the author(s) accompanied by a letter informing the changes made or, when not made, giving the appropriate explanations. If the manuscript is not resubmitted within forty-five (45) days, the author(s) shall be deemed to be no longer interested in publication and the manuscript considered as refused.

Approved manuscripts shall be published in accordance with the work flow and the editorial schedule of the Journal, respecting acceptance dates.

CATEGORIES OF MANUSCRIPTS

The following types of manuscripts shall be considered for publication:

- **Original Articles** - articles informing the results of original research of an empirical or experimental nature, using quantitative or qualitative approaches. Also considered original is research of historical content and methodological articles focusing on the processes of collecting, analyzing and interpreting data. They should be structured in the following format: introduction, method, results, discussion and conclusion. The maximum number of pages is twenty-five (25) for quantitative studies and thirty (30) for qualitative ones, including the cover, abstracts, body of the text and references. Figures, tables and graphics should not exceed five (5) pages and each should take up one page.
- **Literature Review** - a systematized and up-to-date review of the literature on a specific topic or problem. The type of review (narrative, integrative or systematic) should be described, as should the methods and procedures adopted in the work. The authors must also interpret and draw conclusions. The structure should be as follows: introduction, method, results, discussion and conclusion. The maximum number of pages is thirty-five (35), including the cover, abstracts, body of the text and references. Figures, tables and graphics should not exceed five (5) pages and each should occupy one (1) page.
- **Case Reports/Case Series** - it is a detailed description and critical analysis of one or more cases, typical or atypical, based on broad and current literature review. Should have: cover, abstracts, key words, introduction, case exposition,

discussion, conclusions and references. The maximum number of pages is fifteen (15), including cover, abstracts, body of the text and references. Figures, tables and graphics should not exceed four (4) pages and each should occupy one (1) page.

- **Opinion Piece** - the author's qualified opinion on a specific topic concerning cancer control. An abstract is not required. The structure should be as follows: cover, introduction, development (with subsections, if necessary), conclusion and references. The maximum is ten (10) pages, including cover, abstracts, body of the text and references. Figures, tables and graphics should not exceed two (2) pages and each should occupy one (1) page.
- **Book Review** - review of a book on topics in the field of cancer, control published within the last three years. The maximum is four (4) pages, including any references.
- **Abstracts of dissertations, theses and scientific papers** - succinct information on the original research. They should, however, contain the nature and aims of the research and an objective description of the methodology, results and conclusions. The aim is to transmit the scientific production of young researchers. Theses and dissertations must have been defended and approved within the last two years and the scientific papers presented at science events within the last twelve (12) months. They should be between 150 and 250 words and follow Journal norms for abstracts.
- **Interviews** - testimonials from health care professionals, researchers and managers whose life histories, research and achievements are relevant to the area of cancer control. The maximum is ten (10) pages and should include a summary, maximum 250 words, of the interviewee's CV. Publication is always on the initiative of the Scientific Editor.
- **Debate** - theoretical article on conjectural topics of importance to cancer control, by a guest specialist, accompanied by critical commentary by two other guest specialists, followed by a response from the author of the principal article. The principal article is of a maximum five (5) pages. Commentary should not exceed three (3) pages, likewise the author's response. Figures, tables and graphics should not exceed two (2) pages, each occupying one (1) page.
- **Letters to the editor** - brief criticism or commentary on topics related to cancer control, preferably linked to articles published in the Journal. Criticism of papers published in previous issues of the Journal shall be sent to the authors, so that their response can be published together. Letters may be summarized by the editor, retaining the main points. The maximum is four (4) pages.

PREPARING THE MANUSCRIPT

The original should be written in the third person singular, using the active voice (ABNT.NBR-6028, 2003, p.2).

The word processor used should be *Microsoft Word*, type *Times New Roman*, size 12, with margins of 30 mm on both sides, double spacing in all sections, paper size A4 (210 x 297mm) and pages numbered as from the introduction. Footnotes are not accepted.

Manuscript preparation should follow ICMJE "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly work in Medical Journals". The most recent version of this document is available at <http://www.icmje.org>. The most recent translation into Portuguese (2014) can be accessed at <http://www.icmje.org/recommendations/translations/portuguese2014.pdf>.

It is recommended that manuscripts follow the guidelines for scientific writing depending on the research design. Guidelines for writing up clinical trials, systematic reviews and observational studies can be found at the EQUATOR Network initiative site (<http://www.equator-network.org/>).

If in doubt about preparing the manuscript, we suggest consult other manuscripts of that type previously published in the BJO.

MAIN GUIDELINES FOR WRITING A MANUSCRIPT

- ORIGINAL ARTICLE AND REVIEW

1. Title page or cover

Should contain: a) the title of the article up to 100 characters, except titles of thesis and dissertation and scientific paper abstracts, alternating capital and lower-case letters, in Portuguese, English and Spanish; b) abbreviated title, up to 40 characters; c) full name(s) of author(s). Designation of authorship should be based on ICMJE deliberations, which consider an author to be one who contributed substantially to the conception or to the planning of the study; to obtaining, analyzing and/or interpreting the data; as well as to revising the articles and to approving the final published version. In institutional (with collective authorship) and multi-center studies, the names of those responsible should be specified and all considered to be authors should meet the criteria above; d) for each author, indicate in a footnote their professional category, highest academic degree, names of the department(s) and institution(s) to which the work

should be attributed, e-mail, city, state and country; e) name, address and telephone of the author responsible for correspondence on the manuscript; f) description of the individual contribution of each author to the manuscript (e.g.:...worked on the conception and on writing and... on the research and methodology); g) acknowledgements: other contributors who did not fit the above-mentioned criteria for authorship should be mentioned in this item, specifying the type of collaboration. The authors are responsible for obtaining written authorization of those named in the acknowledgements, as it could be inferred that they agree with the content of the work; h) declare any conflicts of interest (write “no conflicts to declare” or reveal any conflicts); i) for subsidized work, identify the sponsor and process number (if any).

2. Abstract and descriptors (key words)

All articles should contain a structured abstract in Portuguese, English and Spanish, accompanied by key words in the respective languages. The terminology for the keywords should be denominated in the article as follows: *palavras-chave*, key words and *palabras clave*. Each abstract should be between 150 and 250 words, and contain the sections introduction, objective(s), methodology, results and conclusion.

The key words are essential words for indexing the articles in national and international databases. To determine the keywords, consult the list of Key Words in Health Care Sciences (DeCS-LILACS - <http://decs.bvs.br>) created by Bireme. Abstracts should be accompanied by between three and six key words.

Abstracts should not contain citations of references, nor include abbreviations or charts, tables or figures.

The first letter of each word of the titles must be in capital letter (except articles and prepositions) and the names of the authors must be fully describe, and not only indicated by the initials.

Authors of papers presented at events on cancer control submitted for publication in the BJO should ensure the abstract complies with the norms of the Journal before sending them, and the accuracy and correctness of the language used being their sole responsibility.

3. Introduction

This should be objective, clearly defining the problem studied, highlighting its importance and the gaps in knowledge; the review of the literature should be strictly relevant to the topic dealt with by the study, providing the background to current understanding of the topic and showing the importance of further study. It should contain the objective(s) of the study or the hypothesis/es to be tested.

4. Method

This should clearly describe how and why the study was conducted. The details of how the study was carried out should be such as enable the reader to reproduce it. The method includes description of data collection, selection, analysis and interpretation techniques.

If any organization was paid or contracted to assist in conducting the research (such as, for example, in collecting or handling the data), this should be detailed in the method section.

It should describe the process of selecting the research subjects, inclusion and exclusion criteria and a description of the target population.

For quantitative studies, the methods should be described with sufficient detail to enable the reader to judge their appropriateness and check the results. Statistical terms, abbreviations and symbols should be defined. If a statistical software package was used, the version used should be defined.

For qualitative studies, the process of analyzing, synthesizing and interpreting the data should be detailed.

When reporting on experiments involving human beings, indicate whether the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the human REC of the institution that approved the research, with the Declaration of Helsinki (most recent version 2013) and with Resolutions nº. 466/2012 and nº. 510/2016 of the Brazilian National Health Board. Do not use patients' names or initials or record numbers, especially in illustrative material. Experiments involving animals should indicate whether they followed the norms of the institutions, of National Research Councils, or any national laws on laboratory animal use and care.

This section should also mention the document indicating the protocol number from the REC of the institution to which the author(s) are linked and which approved the study.

5. Results

Present the relevant results according to the objectives, with the principal or most important results first. Only the results found should be included, without including interpretations or comparisons. Provide information referring to the primary and secondary outcomes identified in the methodology section.

Present the results, tables and illustrations in logical sequence, ensuring that the text complements and does not simply repeat what is described in the tables and illustration. Limit tables and illustrations to those necessary to explain and support the argument of the article. Use graphics as an alternative to tables with many entries; do not duplicate data in graphics and tables.

Avoid using statistical technical terms such as: “random”, “normal”, “significant”, “correlation” and “sample” in non-technical ways. Define statistical terms, abbreviations and symbols.

6. Discussion

This should contain the authors’ interpretations, compare the results with the literature, connect the observations to other relevant studies, point out any limitations to the study, emphasize new and important aspects of the study and the conclusions derived, including suggestions for future research. The discussion may possibly be written together with the results if such is the author’s preference, especially in qualitative studies.

Do not repeat in detail the data or other material from the “introduction” or “results” sections.

7. Conclusion

This should be based on the results found and linked to the objectives of the study. This section should not include unqualified statements or conclusions not completely supported by the data. Avoid alluding to unfinished studies. Establish new hypotheses when clearly justified as such. Recommendations for practice may be included when appropriate.

8. References

Should be numbered in the text using Arabic numerals in superscript (e.g.: Extending survival, among others¹), consecutively, according to the order in which they are mentioned in the text and without mentioning the authors. The same rule applies to tables and subtitles. In sequential citation, separate the numbers with a dash (ex.: ¹⁻²); otherwise, use commas (e.g.: ^{1,3,7}).

References should be checked with the original document. Citations of references cited by another author should use the term “apud”.

The accuracy of the references is the responsibility of the authors. Only relevant references that were actually used in the study should appear.

There may not be more than twenty-five (25) references, except for literature reviews, in which up to thirty-five (35) may be accepted.

The abstract and the conclusion should not include references.

References should follow the standard summarized in the original document, in English, by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) entitled 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](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)) or the standards presented in full in the publication Citing Medicine 2nd Edition ([https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/)).

We shall present the most common occurrences of reference according to material type referenced. Some observations listed below are the fruit of occurrences in articles submitted for publication.

For the Journals’ titles standardization in the references, is used as a guide the *LocatorPlus*, a consultation source from the National Library of Medicine, which, under the option of Journal Title, provides the title and/or the abbreviation used. In some sources, the title comes standardized (PubMed, LILACS and MEDLINE). If the preferred standardization form is not used, give it in full and avoid giving a non-standardized abbreviation, which makes identification more difficult.

To indicate authorship, include the names of up to six (6) authors in the order they appear in the publication, starting with surname followed by the initials of all forenames, separated by a comma (1). In publications with more than six (6) authors, cite the first, using a comma and the expression et al. (2). When the author’s surname indicates

some degree of kinship – Filho (son), Sobrinho (nephew), Júnior (junior), Neto (grandson) – these should follow the final surname: João dos Santos de Almeida Filho - Almeida Filho JS, José Rodrigues Junior - Rodrigues Junior J.

To standardize titles of studies, use small case letters except for the first word, which will always start with a capital letter. This does not apply to proper nouns, names of people, sciences or disciplines, teaching institutions, countries, cities or similar or to names of private or public establishments.

9. Tables

Tables are used to present information in a concise and easy-to-visualize way. Data or information is included in tables rather than described in the text to reduce the size of the text.

Number the tables sequentially in the order in which they are mentioned in the text and give each a short title. Tables should be indicated in the body of the text, although sent in on separate sheets. Define each column with an abbreviated or short heading. Place explanations in a footnote to the tables, rather than in the heading. Explain all non-standardized abbreviations used in each table in footnotes. Use symbols to explain information (letters of the alphabet or symbols such as *, \$, †, ‡).

Do not send tables as images, so that they may be edited.

Identify statistical measures of variation, such as standard deviation and standard error.

Check that each table is cited in the text according to number and not as, for example, the following table, the table below.

If data from another source, published or otherwise, are used, obtain authorization and acknowledge in full.

Use of large tables, or excessive use in relation to the text, may cause difficulties in the way they are presented on the page.

10. Illustrations (figures)

The BJO is published in black and white and thus all illustrations shall be reproduced in this format. Images should be scanned in black and white (grey tones), and must not exceed 20 x 25 cm in size. Letters, numbers and symbols should be clear and legible, so they can be reduced for publication. Do not place titles and explanations in the illustrations but rather in the subtitles.

If photographs of individuals are used, the subject must not be identifiable or the photographs of them must be accompanied by their written consent to publication.

Illustrations should be numbered according to the order in which they are mentioned in the text. Although illustrations should be indicated in the text, they should be sent in on separate sheets.

If an illustration has already been published, acknowledge the original source and send written authorization to reproduce the material by the copyright holder. Authorization is required, whether that of the author or of the publishing company, except for documents from the public domain.

Illustrations should be provided in the following form:

- Digital file in .TIFF, .JPG, .EPS, format with resolution of at least:
 - 300 dpi for ordinary photographs.
 - 600 dpi for photographs containing fine lines, arrows, subtitles etc.
 - 1.200 dpi for drawings and graphics.

11. Nomenclature

The rules of biomedical nomenclature should be strictly observed, as should the abbreviations and conventions adopted in specialized disciplines.

Originals in Portuguese should conform to the new Orthographic Agreement, signed in 1990.

- THESES, DISSERTATIONS AND SCIENTIFIC PAPERS ABSTRACTS

All abstracts should be structured, written in one (1) of the three (3) languages accepted for publication (Portuguese, English and Spanish), accompanied by the key words in the respective language. The terminology for the key words in the article is *palavras-chave*, key words or *palabras clave*.

The key words are essential words for indexing the articles in national and international databases. To determine the key words, consult the list of Key Words in Health Care Sciences (DeCS-LILACS - <http://decs.bvs.br>) created by Bireme. Between three (3) and six (6) key words are required.

Each abstract should contain between 150 and 250 words and the introduction, objective(s), method, results and conclusion sections.

Abstracts should not contain citations of references nor include abbreviations, charts, tables or figures.

The first letter of each word of the titles must be in capital letter (except articles and prepositions) and the names of the authors must be fully describe, and not only indicated by the initials.

Authors of papers presented in events of cancer control submitted for publication in the BJO should ensure that abstract complies with the norms of the Journal before sending them, being the accuracy and correctness of the language used their sole responsibility.

For each author, indicate in a footnote their professional category, highest academic degree, names of the department(s) and institution(s) to which the author is affiliated, e-mail, city, state and country.

Give the name, full address and telephone of the author responsible for correspondence on the article. For thesis and dissertation abstracts, the author and the mentor(s) should be identified.

Abstract titles should be given in Portuguese, English and Spanish.

- TECHNICAL REQUISITES FOR SUBMITTING MANUSCRIPTS

Before sending the manuscript by email to rbc@inca.gov.br, check whether the Instructions for Authors available at www.inca.gov.br/rbc have been followed and use the checklist below:

- Submit the entire manuscript file in *Microsoft Word*.
- Use double spacing in all parts of the document.
- Begin each section or component on a new page.
- Check the sequence: title page/cover; abstracts and key words; introduction; methods, results, discussion; conclusion; references; tables, charts, figures with captions (indicated in the body of the text, but each one on a separate page).
- Give three to six key words and the respective *palavras-chave* and *palabras clave*.
- References: numbered, in superscript, in the order in which they appear in the text, correctly typed and not exceeding twenty-five (25) in number; or thirty-five (35) for reviews. Check that all works cited are in the list of references and that all on the list are cited in the text.
- Present illustrations, photos or designs separately (20 x 25 cm maximum).
- Include a submission letter available in the Instructions for Authors. If the manuscript has more than one author, each of them should complete and sign the letter, and the author responsible for submission should send them, scanned and in PDF format, together with the manuscript file to rbc@inca.gov.br.
- Include permission to reproduce any previously published material or to use illustrations that could identify individuals.
- Include written permission from those named in the acknowledgements, when applicable.
- Include a document showing REC approval, or the ICF, when applicable.

LETTER OF SUBMISSION TO THE BRAZILIAN JOURNAL OF ONCOLOGY

Please complete this form and send it, together with the original of your work, to: rbc@inca.gov.br. For manuscripts with more than one author, each of them should complete, sign and forward a scanned copy of this letter, in pdf format, to the author responsible for submission, so it can be sent on to the BJO together with the manuscript.

Title of manuscript:

Classification of the manuscript:

- Original article: Quantitative Qualitative Mixed
 Literature review: Narrative Integrative Systematic
 Case report/case series Opinion piece
 Interview Debate Book Review
 Abstract Letter to the Editor

Each author should indicate their contributions to the sections below with an X:

1. The author contributed:

- In the conception OR planning of the research project; OR obtaining, analyzing, OR interpreting the data
 In the drafting OR critical review of the manuscript with intellectual contribution;
 In the approval of final version for publication.

2. Conflicts of interest:

- The author does not have any conflicts of interest, including specific financial interests or relationships or affiliations relevant to the topic or material described in the manuscript.
 The author confirms that all financing, financial support and material/human support for this research and/or work is clearly identified within the manuscript sent to the BJO editorial board for evaluation.

3. Acknowledgements:

- The author confirms that all those who contributed substantially to the work in described in this text, but who did not meet the criteria for authorship, were mentioned in the “acknowledgements” of the manuscript, with a description of the specific contributions.
 The author confirms that all those mentioned in the “acknowledgements” gave their written permission to be included.
 The author confirms that, if the “acknowledgements” were not included in the text submitted, it was because there was no substantial contribution of others, apart from the authors, to the manuscript.

4. Transfer of copyright/publication rights

I declare that if this manuscript is accepted for publication, I agree that the copyright shall become the property of the BJO, prohibiting its reproduction, even in part, in other journals, either printed or online, and its translation into other languages, without previous authorization by the BJO and, if this is obtained, the Journal shall be acknowledged appropriately.

*The Brazilian Journal of Oncology considers author whom contributes to the three requirements presented. Whom contributes to one or two requirements should not be regarded as author. In this case the name must appear in the acknowledgments indicating what type of contribution. The authors must assume the responsibility of responding to all aspects of work.

Author _____ Signature _____

Date _____ E-mail _____

INFORMACIONES GENERALES

La Revista Brasileña de Cancerología (RBC) es una publicación trimestral, editada por el Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), que tiene por finalidad divulgar trabajos relacionados a todas las áreas del control del cáncer. Son aceptados, para publicación, textos en portugués, inglés y español. El proceso de evaluación de los trabajos es realizado por medio de revisión por pares (*peer review*). Son aceptados diversos tipos de trabajo, por ejemplo: artículos originales, artículos de revisión, relatos y serie de casos, artículos de opinión, resúmenes, reseñas, cartas al editor, debate y entrevista.

No es cobrada ninguna tasa o encargo para el procesamiento o la publicación del manuscrito en la Revista.

Los manuscritos deben ser inéditos y se destinaren exclusivamente a la RBC, no siendo permitida su presentación simultánea a otro periódico. Los conceptos y las opiniones expresadas en los artículos, la exactitud y la procedencia de las citas, son de exclusiva responsabilidad de el/los autor(es). Manuscritos que se refieren a partes de una misma investigación no son incentivadas por esta Revista.

Los manuscritos publicados pasaran a ser propiedad de la RBC, siendo prohibido tanto su reproducción, aunque sea parcial, en otros periódicos, como su traducción para publicación en otros idiomas, sin previa autorización.

Los manuscritos aceptados para publicación pueden ser modificados para que sean adecuados al estilo editorial-gráfico de la Revista, sin que, en tanto, nada de su contenido técnico-científico sea alterado.

En el caso que un manuscrito incluya tablas e ilustraciones previamente publicadas por otros autores y en otros vehículos, es deber del autor proporcionar comprobante de autorización de reproducción, firmado por los detentores de sus derechos autorales.

Los lectores de periódicos biomédicos merecen tener la confianza de que lo que están leyendo es original, a menos que exista una declaración de que el artículo está siendo republicado por elección del autor y del editor (como puede pasar con textos históricos o referenciales). Cuando el manuscrito sometido ya fue en gran parte publicado en otra revista o está parcialmente contenido o estrechamente relacionado con otro manuscrito sometido o aceptado para publicación en otra revista, el(los) autor(es) debe(n) dejar eso claro, en la carta de sumisión, como también deben proporcionar una copia del material referido para análisis del editor.

Cuando parte del material del manuscrito ya haya sido presentada en una comunicación preliminar, en Simposio, congreso etc., ese hecho debe ser citado como nota en pie de página en la página del título, y una copia del texto de presentación debe acompañar la sumisión del manuscrito.

En la sumisión de manuscritos o resúmenes resultados de investigación, es obligatorio incluir declaración de que la investigación fue aprobada o exenta de sumisión por un Comité de Ética en Investigación (CEP) de la institución a que se vinculan los autores o, en la falta de este, por otro CEP indicado por la Comisión Nacional de Ética en Investigación del Ministerio de la Salud. En caso que la investigación tenga sido sometida y aprobada por el CEP, es necesario enviar la copia del documento de aprobación y, cuando sea necesario, el Término de Consentimiento Libre y Aclarado (TCLE).

Los pacientes tienen derecho a la privacidad, hecho que no debe ser infringido sin un consentimiento informado. Las informaciones de identificación personal no deben ser publicadas en descripciones escritas, fotografías, genealogías y relatos de caso, a menos que la información sea esencial para propósitos científicos y que el paciente (o sus padres o tutores) otorguen un consentimiento informado por escrito, autorizando la publicación.

Deben omitirse detalles de identificación se no sean esenciales, pero los datos del paciente nunca deberán ser alterados o falsificados en una tentativa de conseguir anonimato. El anonimato es completo y difícil de conseguir, debiéndose obtener el consentimiento informado si existe alguna duda. Por ejemplo, enmascarar la región ocular en fotografías de pacientes es una protección inadecuada para el anonimato.

La RBC, al reconocer la importancia del registro y de la divulgación internacional, en acceso abierto, de informaciones sobre estudios clínicos, apoya las políticas para registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Comité Internacional de Editores de Periódicos Médicos (ICMJE, del inglés, *International Committee of Medical Journal Editors*). De esa forma, serán aceptados para publicación apenas los artículos de investigaciones clínicas que hayan recibido un número de identificación y uno de los registros de ensayos clínicos validados por los criterios establecidos por la OMS e ICMJE, cuyas direcciones están disponibles en el sitio del ICMJE (<http://www.icmje.org>).

La RBC adopta las “Recomendaciones para la elaboración, redacción, edición y publicación de trabajos académicos en periódicos médicos” del ICMJE (<http://www.icmje.org>). El manuscrito, incluyendo tablas, ilustraciones y referencias, debe seguir la versión más reciente de esos requisitos. Los autores deben consultar el sitio del ICMJE para obtener las versiones más recientes del documento.

La RBC también adopta las Recomendaciones del “Comité de Ética en Publicaciones” para los aspectos éticos en el proceso de edición y publicación de artículos científicos. Los códigos de conducta y directrices para editores y revisores están disponibles en la página del Cope en Internet (<http://publicationethics.org/>).

Conflictos de interés deben ser reconocidos y mencionados por los autores. Entre esas situaciones, se menciona la participación societaria en las empresas productoras de las drogas o de equipos citados o utilizados en el trabajo, así como en competidores de la misma. Son también consideradas fuentes de conflicto los auxilios recibidos, en las relaciones de subordinación en el trabajo, las consultorías etc.

La presentación del manuscrito a la RBC debe ser hecha por correo electrónico para rbc@inca.gov.br, con el texto integral, tablas, gráficos, figuras, imágenes, dictamen del CEP y del TCLE, si es aplicable, y de acuerdo con las normas de la Revista. La “carta de presentación” individual y firmada por cada uno de los autores (modelo disponible en <http://www.inca.gov.br/rbc>) debe también ser enviada en esa ocasión.

PROCESO DE EVALUACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

La publicación de los trabajos dependerá de la observancia de las normas de la RBC para elaboración y presentación de manuscritos y de la decisión de su Consejo Editorial. El proceso de evaluación se inicia con el Editor Científico que evaluará si el artículo recibido trae contribuciones para el área de Cancerología y si es de interés para los lectores. Evalúa también si el original está elaborado de acuerdo con las instrucciones recomendadas por la revista. Los manuscritos considerados pertinentes; mas, en desacuerdo con esas instrucciones, serán devueltos a los autores para las adaptaciones necesarias, antes de la evaluación por el Consejo Editorial y/o Evaluadores (Revisores).

El manuscrito aceptado es encaminado para análisis y emisión de parecer por lo menos de dos miembros del Consejo Editorial y/o Evaluadores (Revisores) Ad Hoc, ambos constituidos por profesionales de notorio saber en las diversas áreas de control del cáncer. En este proceso, el sigilo y el anonimato serán adoptados para autor(es) y evaluadores. Los revisores hacen comentarios, ofrecen sugerencias para mejorar el manuscrito y también pueden reprobalo. El análisis de los evaluadores es realizada con base en el formulario del Anexo III disponible en la RBC en <http://www.inca.gov.br/rbc>.

Después del análisis de los evaluadores y la elaboración de las respectivas opiniones, el manuscrito y las opiniones son enviados al Editor Científico que los analiza en relación al cumplimiento de las normas de publicación de la Revista y el mérito científico y decide sobre la aprobación o no del manuscrito, proceso sobre el cual tiene plena autoridad de decisión.

Después del análisis del editor, los manuscritos podrán ser clasificados en: manuscrito aprobado sin restricciones, que será encaminado al revisor técnico para revisión y posterior publicación; manuscrito aprobado con restricciones, que será encaminado al(a los) autor(es) con las solicitudes de ajustes; y manuscrito reprobado. La decisión del editor será comunicada al(a los) autor(es) por correo electrónico.

El manuscrito revisado debe ser presentado nuevamente por el(los) autor(es) a la RBC, por correo electrónico, acompañado de carta informando las alteraciones realizadas o cuando no realizadas, presentando las debidas justificativas. De no existir retorno del trabajo en cuarenta y cinco (45) días, se considera que los autores no tienen interés en la publicación y el manuscrito será considerado reprobado.

El manuscrito aprobado será publicado de acuerdo con el flujo y el cronograma editorial de la Revista y respetando las fechas de aprobación.

CATEGORIA DE LOS MANUSCRITOS

Son considerados para publicación los siguientes tipos de manuscritos:

- **Artículos Originales** - son artículos en que son informados los resultados obtenidos en investigaciones originales de naturaleza empírica o experimental, utilizando enfoques cuantitativos o cualitativos. También son consideradas originales las investigaciones de contenido histórico y los artículos metodológicos cuyo foco sean los procesos de recolección, análisis e interpretación de datos. Como estructura, se deben presentar en formato introducción, método, resultados, discusión y conclusión. El máximo de páginas es 25 (veinticinco) para estudios cuantitativos y 30 (treinta) para cualitativos, incluyendo hoja de rostro, resúmenes, cuerpo del manuscrito y referencias. Figuras, tablas y gráficos no deben exceder 5 (cinco) y cada una de ellas debe ocupar 1 (una) página.

- **Revisión da Literatura** - se trata de una revisión sistematizada y actualizada de la literatura sobre un tema o problema específico. Deben ser descritos los tipos de revisión (narrativa, integrativa o sistemática), los métodos e procedimientos adoptados para la realización del trabajo. La interpretación y conclusión de los autores deben estar presentes. Como estructura debe presentar el formato introducción, método, resultados, discusión y conclusión. El máximo de páginas es 35 (treinta y cinco), incluyendo hoja de rostro, resúmenes, cuerpo del manuscrito y referencias. Figuras, tablas y gráficos no deben exceder 5 (cinco) y cada una de ellas debe ocupar 1 (una) página.
- **Relato de Casos/Serie de Casos** - es la descripción detallada y el análisis crítico de uno o más casos, típicos o atípicos, basado en revisión bibliográfica amplia y actual sobre el tema. Debe contener: portada, resumen, palabras clave, introducción, exposición del caso, discusión, conclusión y referencias. El máximo de páginas es 15 (quince), incluyendo hoja de rostro, resúmenes, cuerpo del manuscrito y referencias. Figuras, tablas y gráficos no deben exceder 4 (cuatro) y cada una de ellas debe ocupar 1 (una) página.
- **Artículo de Opinión** - se trata de una opinión cualificada de los autores sobre un tema específico en control del cáncer. No necesita de resúmenes. Se debe presentar con la siguiente estructura: portada, introducción, desarrollo (con subsecciones, cuando sea necesario), conclusión y referencias. El máximo de páginas son 10 (diez), incluyendo hoja de rostro, resúmenes, cuerpo del manuscrito y referencias. Figuras, tablas y gráficos no deben exceder 2 (dos) y cada una de ellas debe ocupar 1 (una) página.
- **Reseña** - reseña crítica de libro relacionado al campo temático del control del cáncer, publicado nos últimos tres años. Un máximo de 4 (cuatro) páginas, incluyendo referencias, cuando existan.
- **Resúmenes de disertaciones, de tesis y de trabajos científicos** - se trata de información sucinta de investigaciones originales. Por lo tanto, debe contener la naturaleza y los propósitos de la investigación, la descripción objetiva de la metodología, resultados y conclusiones. Su finalidad es la transmisión de la producción científica de jóvenes investigadores. Las tesis y disertaciones deben haber sido defendidas y aprobadas en los últimos dos años y los trabajos científicos presentados en eventos científicos en los últimos 12 (doce) meses. Deben contener entre 150 y 250 palabras y seguir las normas de la Revista en cuanto a la elaboración de resúmenes.
- **Entrevistas** - declaraciones de profesionales de la salud, investigadores y gestores cuyas historias de vida, investigaciones y realizaciones sean relevantes para el área de control del cáncer. El máximo es de 10 (diez) páginas, debe contener un resumen curricular de la personalidad entrevistada en máximo 250 palabras. La demanda para publicar una entrevista será siempre iniciativa del editor científico.
- **Debate** - artículo teórico con análisis de temas coyunturales, de interés inmediato, de importancia para el área de control del cáncer elaborado por especialista invitado que es acompañado por comentarios críticos firmados por dos especialistas también invitados, seguida de una respuesta del autor del artículo principal. El máximo de páginas es 5 (cinco) para el artículo principal. Los comentarios críticos no deben exceder 3 (tres) páginas, lo mismo pasará con la respuesta del autor. Figuras, tablas y gráficos no deben exceder 2 (dos) páginas y cada una de ellas debe ocupar 1 (una) página.
- **Cartas al Editor** - críticas o comentarios breves sobre temas relacionados al control del cáncer, preferencialmente vinculados al artículo publicado en la Revista. En caso de críticas a trabajos publicados en fascículo anteriores de la Revista, la carta es enviada a los autores para que su respuesta pueda ser publicada simultáneamente. Las cartas pueden ser resumidas por el editorial, pero se mantendrán los puntos principales. El máximo es de 4 (cuatro) páginas.

PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

El original debe ser escrito en tercera persona del singular con el verbo en voz activa (ABNT.NBR-6028, 2003, p.2).

El procesador de textos utilizado debe ser *Microsoft Word*, fuente *Times New Roman*, tamaño 12, márgenes de 30 mm en ambos lados, espacio doble en todas las secciones, tamaño del papel A4 (210 x 297mm) y páginas numeradas a partir de la introducción. No serán aceptadas notas de pie de página.

La preparación del manuscrito debe seguir las “Recomendaciones para elaboración, redacción, edición y publicación de trabajos académicos en periódicos médicos” del ICMJE. La versión actualizada de ese documento puede ser encontrada en la dirección electrónica <http://www.icmje.org>. A la última traducción para el portugués (2014) se puede tener acceso en <http://www.icmje.org/recommendations/translations/portuguese2014.pdf>.

Se recomienda que la estructura de los manuscritos obedezca a las directrices de redacción científica de acuerdo con los lineamientos de la investigación. Las directrices para redacción de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y estudios observacionales son accesibles en el sitio de la iniciativa EQUATOR Network (<http://www.equator-network.org/>).

En caso de dudas sobre la preparación del manuscrito, sugerimos consultar los respectivos tipos de manuscritos publicados en ediciones pasadas de la RBC.

PRINCIPALES ORIENTACIONES SOBRE LA REDACCIÓN DE UN MANUSCRITO - ARTÍCULO ORIGINAL Y REVISIÓN

1. Página de título o hoja de rostro

Debe contener: a) título del artículo hasta 100 caracteres, excepto títulos de resúmenes de tesis, disertación y de trabajos presentados, alternando letras mayúsculas y minúsculas, en portugués, inglés y español; b) título abreviado con hasta 40 caracteres; c) nombre(s) por extenso del(de los) autor(es).

La designación de autoría debe ser basada en las deliberaciones del ICMJE, que considera autor aquel que contribuye sustancialmente en la concepción o en el planeamiento del estudio; en la obtención, el análisis y/o interpretación de los datos; así como en la redacción y/o revisión crítica y en la aprobación final de la versión publicada. En estudios institucionales (de autoría colectiva) y estudios multicéntricos, los responsables deben tener sus nombres especificados y todos los que sean considerados autores deben cumplir con los criterios encima mencionados; d) indicar para cada autor, en nota de pie de página, la categoría profesional, o el más alto grado académico, el(los) nombre(s) del(de los) departamento(s) e institución(es) a la que el trabajo deberá ser atribuido, dirección electrónica, ciudad, estado y país; e) nombre, dirección y teléfono del autor responsable por la correspondencia sobre el manuscrito; f) descripción de la contribución individual de cada autor en el manuscrito (por ejemplo: ...trabajó en la concepción y en la redacción final y ...en la investigación y metodología); g) agradecimientos: los demás colaboradores, que no se encuadran en los criterios de autoría encima descritos, deben tener sus nombres referidos en este ítem, especificando el tipo de colaboración. Los autores son responsables por la obtención de la autorización escrita de las personas nombradas en los agradecimientos, ya que se puede inferir que las mismas concordaron con el contenido del trabajo; h) declaración de conflicto de intereses (escribir “nada que declarar” o revelar cualquier conflicto); i) para trabajos subvencionados, identificar el patrocinador y el número de proceso (si existen).

2. Resumen y descriptores (palabras clave)

Todos los artículos deberán contener resúmenes estructurados en portugués, inglés y español, acompañados de los descriptores en los respectivos idiomas. La terminología para los descriptores debe ser denominada en el artículo de la siguiente manera: *palavras-chave*, *key words* y palabras clave. Cada resumen deberá contener en mínimo 150 palabras y en máximo 250, y las secciones introducción, objetivo(s), metodología, resultados y conclusión.

Los descriptores son palabras fundamentales que auxilian en la indexación de los artículos en bases de datos nacionales e internacionales. Para determinar los descriptores, se debe consultar la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS-Lilacs - <http://decs.bvs.br>) elaborada por la Bireme. Los resúmenes deben venir acompañado de mínimo tres y máximo seis descriptores.

En resumen, no deben ser hechas citas de referencias, ni se deben incluir abreviaturas, bien como cuadros, tablas o figuras.

La primera letra de cada palabra de los títulos debe estar en caja alta (excepto artículos y preposiciones) y los nombres de los autores deben venir en extenso, y no sólo indicados por las iniciales.

En caso de resúmenes de trabajos presentados en eventos de control de cáncer que fueron sometidos para publicación en la RBC, cabrá a los autores proceder a la adecuación a las normas de la Revista antes de encaminarlos, siendo de su entera responsabilidad la precisión y corrección del lenguaje.

3. Introducción

Debe ser objetiva, con la definición clara del problema estudiado, destacando su importancia y las lagunas del conocimiento; la revisión de literatura debe ser estrictamente pertinente al asunto tratado en el estudio, de modo que proporcione los antecedentes para la comprensión del conocimiento actual sobre el tema y evidenciar la importancia de un nuevo estudio. Debe contener el(los) objetivo(s) del estudio o la(las) hipótesis a ser testada(s).

4. Método

Debe ser claramente descrito cómo y por qué el estudio fue realizado. Los detalles de cómo el estudio fue realizado deben permitir que el lector pueda reproducir la investigación realizada. El método incluye la descripción de las técnicas de recolección, selección, análisis e interpretación de los datos.

Se alguna organización fue pagada o contratada para ayudar en la conducción de la investigación (por ejemplo, en la recolección o el gerenciamiento de los datos), eso debe ser detallado en la sección de método.

Describir el proceso de selección de los sujetos de la investigación, los criterios de inclusión y exclusión y la descripción de la población objetivo.

En los estudios cuantitativos, los métodos estadísticos deben ser descritos con detalles suficientes para que el lector pueda juzgar su adecuación y comprobar los resultados. Definir los términos estadísticos, las abreviaciones y los símbolos. Se fue usado algún paquete de programa estadístico, especifique la versión utilizada.

En los estudios cualitativos, detallar el proceso de análisis, síntesis e interpretación de los datos.

Cuando sean relatados experimentos con seres humanos, indicar si los procedimientos seguidos estuvieron de acuerdo con los patrones éticos del CEP en seres humanos de la institución que aprobó a investigación, con la Declaración de Helsinque (última versión de 2013) y con las Resoluciones n.º. 466/2012 y n.º. 510/2016 del Consejo Nacional de Salud. No usar los nombres de los pacientes, las iniciales o los números de registro, especialmente en el material ilustrativo. En caso de experimentos envolviendo animales, indicar se fueron seguidas las normas de las instituciones, de los Consejos Nacionales de Investigación o de alguna ley nacional sobre uso y cuidado con animales de laboratorio.

De esa sección, también hace parte la mención del documento indicando y el número de protocolo del CEP de la institución a la que se vinculan los autores y que aprobó el estudio realizado.

5. Resultados

Presentar los resultados relevantes de acuerdo con los objetivos de trabajo, registrando primero los resultados principales o los más importantes. Deben ser descritos solamente los resultados encontrados, sin incluir interpretaciones o comparaciones. Proporcionar las informaciones referentes a los resultados primarios y secundarios identificados en la Sección de métodos.

Presentar los resultados, las tablas y las ilustraciones en secuencia lógica, prestando especial atención para que el texto complementario no repita lo que está descrito en tablas e ilustraciones. Restringir tablas e ilustraciones apenas a las necesarias para explicar el argumento del artículo y para sustentarlo. Usar gráficos como una alternativa a las tablas con muchas entradas; no duplicar los datos en gráficos y tablas.

Evitar uso de términos técnicos de estadística, tales como: “random” (que implica una fuente de aleatorización), “normal”, “significante”, “correlación” y “muestra” de forma no técnica. Definir los términos estadísticos, abreviaciones y símbolos.

6. Discusión

Debe contener la interpretación de los autores, comparar los resultados con la literatura, relacionar las observaciones y otros estudios relevantes, apuntar las limitaciones del estudio, enfatizar los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones derivadas, incluyendo sugerencias para investigaciones futuras.

La discusión, eventualmente, puede ser redirigida junto con los resultados se fuera preferencia del autor, en especial en los estudios cualitativos.

No repetir en detalle datos u otros materiales colocados en las secciones de “introducción” y “resultados”.

7. Conclusión

Debe ser fundamentada en los resultados encontrados y vinculada a los objetivos do estudio. Afirmaciones no cualificadas y conclusiones no apoyadas por completo por los datos no deben constar en esa sección. Evitar hacer alusión a estudios que no hayan sido completados. Establecer nuevas hipótesis, cuando sean justificadas claramente como tales. Recomendaciones para la práctica, cuando apropiadas, podrán ser incluidas.

8. Referencias

Deben ser numeradas en el texto por números arábigos, en sobrescrito (ejemplo: La extensión de la sobrevivencia, entre otros¹), de forma consecutiva, de acuerdo con el orden que son mencionadas por la primera vez en el texto y sin mencionar los autores. La misma regla se aplica a las tablas y leyendas. En el caso de citación secuencial, separar los números por trazo (ejemplo:¹⁻²); cuando intercalados, use coma (ejemplo: ^{1,3,7}).

Las referencias deben ser verificadas en los documentos originales. Cuando se tratan de citaciones de una referencia citada por otro autor, deberá ser utilizado el término “apud”.

La exactitud de las referencias es de responsabilidad de los autores. Deben constar apenas referencias relevantes y que realmente fueron utilizadas en el estudio.

Las referencias no pueden exceder el número de 25 (veinticinco), salvo las revisiones de literatura, en las cuales serán aceptadas hasta 35 (treinta y cinco).

No deben ser incluidas referencias en el resumen y en la conclusión.

Las referencias deben seguir los patrones resumidos en el documento original en inglés del ICMJE titulado *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](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)) o los patrones presentados integralmente en la publicación *Citing Medicine 2nd Edition* ([https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/)).

Serán presentadas las ocurrencias más comunes de referencias por tipos de material referenciado. Algunas observaciones listadas abajo son fruto de ocurrencias en artículos de periódicos sometidos a publicación.

Para la estandarización de los títulos de los periódicos en las referencias, es utilizado como guía el *LocatorPlus*, fuente de consulta de *National Library of Medicine*, que deja disponible, en la opción *Journal Title*, el título y/o la abreviatura utilizada. En algunas fuentes, el título ya viene estandarizado (PubMed, Lilacs e Medline). Caso no sea utilizada la forma patrón de preferencia, infórmelo por extenso, evitando utilizar una abreviatura no estandarizada que dificulte su identificación.

Para la indicación de autoría, se incluyen los nombres en el orden que aparecen en la publicación hasta 6 (seis) autores, iniciando por el apellido seguido de todas las iniciales de los nombres separando cada autor por coma (1). En caso de la publicación presentar más de 6 (seis) autores, son citados los seis primeros; se utiliza coma seguida de la expresión et al. (2). Cuando el apellido del autor incluye grado de parentesco - Filho (Hijo), Sobrinho (Sobrino), Júnior, Neto (Nieto) - este debe ser subsecuente al último apellido: João dos Santos de Almeida Filho - Almeida Filho JS, José Rodrigues Junior - Rodrigues Junior J.

Para la estandarización de títulos de trabajos, se utilizan letras minúsculas en todo el período, con excepción de la primera palabra que comienza, siempre, con letra mayúscula. Huyen de las reglas nombres propios, nombres de personas, nombres de ciencias o disciplinas, instituciones de enseñanza, países, ciudades o afines, y nombres de establecimientos públicos o particulares.

9. Tablas

Las tablas son utilizadas para exhibir informaciones de manera concisa y de fácil visualización. La inclusión de datos o informaciones en tablas, en vez de descripciones en el texto, tiene como finalidad reducir el tamaño del texto.

Numerar las tablas secuencialmente de acuerdo con el orden de su citación en el texto y dar un título corto a cada una. Las tablas deberán ser apuntadas en el cuerpo del texto, aunque enviadas en páginas separadas. Definir para cada columna un encabezado abreviado o corto. Colocar las explicaciones en el pie de página de las tablas y en el encabezado. Explicar, en notas de pie de página, todas las abreviaciones no estandarizadas usadas en cada tabla. Utilizar símbolos para explicar las informaciones (letras del alfabeto o símbolos como *, §, †, ‡).

No enviar las tablas como imagen para que sea posible proceder a su edición.

Identificar medidas estadísticas de variaciones, tales como: desvío patrón y error patrón.

Constatar que cada tabla esté citada en el texto por su numeración y no por citación como: tabla a seguir, tabla abajo.

Si fueron usados datos de otra fuente, publicada o no, obtener autorización y agradecer por extenso.

El uso de tablas grandes o en exceso, en relación al texto, puede producir dificultad en la forma de presentación de las páginas.

10. Ilustraciones (figuras)

La RBC es una publicación en negro y blanco y, por esto, todas las ilustraciones serán reproducidas en este patrón. Las imágenes deben ser digitalizadas, en blanco y negro (tonos de gris), no excediendo el tamaño de 20 x 25 cm. Las letras, los números y los símbolos deben ser claros y legibles, de tal forma que soporten reducciones necesarias para su publicación. No colocar los títulos y las explicaciones en las ilustraciones y si en las legendas.

Si fueran usadas fotografías de personas, los sujetos no deben ser identificables o sus fotografías deben estar acompañadas por consentimiento escrito para publicación.

Las ilustraciones deben ser numeradas de acuerdo con el orden en que fueron citadas en el texto. Las ilustraciones deberán ser apuntadas en el cuerpo del texto, aunque enviadas en páginas separadas.

Si una ilustración ya fue publicada, agradecer a la fuente original y enviar la autorización escrita del detentor de los derechos autorales para reproducir el material. La autorización es requerida, sea del autor o de la compañía editorial, con excepción de documentos de dominio público.

Las ilustraciones deben ser suministradas de la siguiente forma:

- Archivo digital en formato .TIFF, .JPG, .EPS, con resolución mínima de:
 - 300 dpi para fotografías comunes.
 - 600 dpi para fotografías que contengan líneas finas, flechas, legendas etc.
 - 1200 dpi para diseños y gráficos.

11. Nomenclatura

Deben ser observadas rígidamente las reglas de nomenclatura biomédica, así como abreviaturas y convenciones adoptadas en disciplinas especializadas.

Los originales en lengua portuguesa deberán estar en conformidad con el Nuevo Acuerdo Ortográfico, firmado en 1990.

- RESÚMENES DE TESIS, DE DISSERTACIONES Y DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

Todos Los resúmenes deberán presentar el formato estructurado, redactados en 1 (uno) de los 3 (tres) idiomas aceptados para publicación (portugués, inglés y español), acompañados de los descriptores en el respectivo idioma. La terminología para los descriptores debe ser denominada en el artículo como *palavras-chave*, *key words* o palabras clave.

Los descriptores son palabras que auxilian en la indexación de los artículos en bases de datos nacionales e internacionales. Para escoger los descriptores, se debe consultar la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud elaborada por la Bireme (DeCS-Lilacs - <http://decs.bvs.br>). Son exigidos por lo menos 3 (tres) y en el máximo 6 (seis) descriptores.

Cada resumen deberá contener por lo menos 150 palabras y en el máximo 250, y las secciones introducción, objetivo(s), método, resultados y conclusión.

En el resumen, no deben ser hechas citas de referencias, ni incluir abreviaturas, cuadros, tablas o figuras.

La primera letra de cada palabra de los títulos debe estar en caja alta (excepto artículos y preposiciones) y los nombres de los autores deben venir en extenso, y no sólo indicados por las iniciales.

En caso de resúmenes de trabajos presentados en eventos científicos relacionados al control del cáncer y que fueran sometidos para publicación en la RBC, cabrá a los autores proceder a la adecuación a las normas de la Revista antes de encaminarlos, siendo de su entera responsabilidad la precisión y corrección del lenguaje.

Indicar para cada autor, en nota de pie de página, la categoría profesional, o más alto grado académico, el(los) nombre(s) del(de los) departamento(s) e institución(es) a que el autor está afiliado, dirección electrónica, ciudad, estado y país.

Identificar nombre, dirección completa y teléfono del autor responsable por la correspondencia sobre el artículo. En caso de resúmenes de tesis y disertaciones, deben constar la identificación del autor del(de los) orientador(es).

Los títulos de los resúmenes deben ser redactados en portugués, inglés y español.

- RESUMEN DE LOS REQUISITOS TÉCNICOS PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

Antes de enviar el manuscrito por correo electrónico, para rbc@inca.gov.br, verifique si las Instrucciones para Autores disponibles en www.inca.gov.br/rbc fueron seguidas y verifique el cumplimiento de los ítems listados a seguir:

- Someter el archivo integral del manuscrito en *Microsoft Word*.
- Usar espacio doble en todas las partes del documento.
- Comenzar cada sección o componente en una nueva página.
- Revisar la secuencia: página; título/hoja de rostro; resúmenes y descriptores; introducción; métodos, resultados, discusión; conclusión; referencias; tablas, cuadros, figuras con legendas (apuntadas en el cuerpo de texto, y en cada una de las páginas separadas).
- De tres a seis *palavras-chave* y respectivas *key words* y palabras clave.
- Referencias: numeradas, en sobrescrito, en el orden de apareamiento en el texto, correctamente digitadas, y sin sobrepasar el número de 25 (veinticinco); en caso de revisión, 35 (treinta y cinco). Verificar se todos los trabajos citados están en la lista de referencias y si todos los listados están citados en el texto.
- Presentar ilustraciones, fotos o dibujos separados (20 x 25 cm máximo).

- Incluir carta de presentación disponible en las Instrucciones para Autores. En caso que el manuscrito tenga más de un autor, cada uno de ellos deberá llenar y firmar la carta, y el autor responsable por la presentación debe enviarlas digitalizadas en formato .pdf junto con el archivo del manuscrito para rbc@inca.gov.br.
- Incluir permiso para reproducir material previamente publicado o para usar ilustraciones que puedan identificar individuos.
- Incluir autorización escrita de las personas nombradas en los agradecimientos, cuando sea necesario.
- Incluir documento comprobando la aprobación del trabajo por CEP o TCLE, cuando sea necesario.

CARTA DE PRESENTACIÓN A LA REVISTA BRASILEÑA DE CANCEROLOGÍA

Por favor, rellene y envíe este formulario junto con el original de su trabajo para el correo electrónico: rbc@inca.gov.br. Caso el manuscrito tenga más de un autor, cada uno de ellos deberá rellenar, firmar y enviar esa carta digitalizada en formato pdf al autor responsable por la presentación, para que el pueda enviarla a la RBC con el manuscrito.

Título del manuscrito:

Clasificación del manuscrito:

- Artículo original: Cuantitativo Cualitativo Mixto
 Revisión de literatura: Narrativa Integrativa Sistemática
 Relato de caso/serie de casos Artículo de opinión
 Entrevista Debate Reseña
 Resumen Carta al editor

Cada autor debe indicar sus contribuciones, marcando con la letra X los campos abajo:

1.El autor contribuyó:

- En la concepción O planeación del proyecto de investigación; O en la obtención, análisis O interpretación de los datos;
 En la redacción O revisión crítica del manuscrito con la contribución intelectual;
 En la versión final de la publicación

2.Conflicto de intereses:

- El autor no tiene conflictos de intereses, incluyendo intereses financieros específicos, relacionamientos y afiliaciones relevantes al tema o materiales discutidos en el manuscrito.
 El autor confirma que todos los financiamientos, otros apoyos financieros, y apoyo material/humano para esta investigación y/o trabajo están claramente identificados en el manuscrito enviado para evaluación del "Consejo editorial de la RBC".

3.Agradecimientos:

- El autor confirma que las personas que contribuyeron substancialmente al trabajo desarrollado en este texto, mas que no atienden a los criterios para la autoría, fueron mencionadas en los "agradecimientos" del manuscrito con la descripción de sus contribuciones específicas.
 El autor confirma que todos que fueron mencionados en los "agradecimientos" dieron su permiso por escrito para ser incluidos.
 El autor confirma que, si los "agradecimientos" no fueron incluidos en el texto sometido, fue porque no hubo ninguna contribución substancial de otros al manuscrito además de los autores.

4.Transferencia de derechos autorales/publicación

Declaro que en caso de aceptación del manuscrito para publicación, concuerdo que los derechos autorales de él pasarán a ser propiedad de la RBC, siendo vedada tanto su reproducción, mismo que parcial, en otros periódicos, sean impresos o electrónicos, así como su traducción para publicación en otros idiomas, sin previa autorización y, que en caso de obtención del mismo, haré constar el competente agradecimiento a la Revista.

* La Revista Brasileña de Cancerologia considera autor quién contribuye con los tres requisitos presentados. Quién contribuye a com uno o dos requisitos no debe ser considerado como autor. En este caso el nombre debe aparecer en los agradecimientos indicando qué tipo de contribución. Los autores deben asumir la responsabilidad de responder a todos los aspectos relacionados con el trabajo

Autor _____ Firma _____

Fecha _____ E-mail _____

Esta revista foi impressa na Gráfica Fox Print em offset,
papel offset, 90g, 1/1.
Fonte: Adobe Garamond Pro, corpo 10,5
Rio de Janeiro, 2017.