

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

**JOSÉ ZAGO PULIDO**

**INFLUÊNCIA DA LEI DOS 60 DIAS PARA O INÍCIO DO TRATAMENTO  
ONCOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL DO SERVIÇO DE  
ONCOLOGIA DO SUL DO ESPÍRITO SANTO**

**VITÓRIA  
2021**

JOSÉ ZAGO PULIDO

**INFLUÊNCIA DA LEI DOS 60 DIAS PARA O INÍCIO DO TRATAMENTO  
ONCOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL DO SERVIÇO DE  
ONCOLOGIA DO SUL DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado da Escola de Ensino Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Sogame

Área de Concentração: Políticas de saúde, processos sociais e desenvolvimento local.

Linha de pesquisa: Política de saúde, integralidade e processos sociais.

VITÓRIA

2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

P982i Pulido, José Zago  
Influência da Lei dos 60 dias para o início do tratamento oncológico de pacientes com câncer colorretal do Serviço de Oncologia do Sul do Espírito Santo / José Zago Pulido. - 2021. 81 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Sogame.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Neoplasia. 2. Câncer – tratamento – Cachoeiro de Itapemirim (ES). 3. Diagnóstico tardio. 4. Epidemiologia. 5. Políticas públicas de saúde. I. Sogame, Luciana. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 362.196.994

---

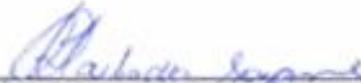
JOSÉ ZAGO PULIDO

**INFLUÊNCIA DA LEI DOS 60 DIAS PARA O TRATAMENTO ONCOLÓGICO DE  
PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA DO  
SUL DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 02 de agosto de 2021.

**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dr. Luciana Carrupt Machado Sogame  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM  
Orientadora



Prof. Dr. Janice Gasnyão Ferreira de Andrade  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM

Prof. Dr. Adriana Madeira Álvares  
Universidade Federal do Espírito Santo- UFES

## AGRADECIMENTOS

A Deus pelas inúmeras oportunidades que tive e continuo tendo de ampliar conhecimentos e de fazer novos amigos como ocorreu durante este período de mestrando na EMESCAM.

Aos professores do curso de mestrado e em especial Professora Dra. Luciana Sogame que com assertividade soube me orientar na direção correta para conduzir a presente pesquisa.

Às Professoras e Doutoradas Adriana Madeira, uma grande amiga, e Janice Gusmão pelas contribuições durante a defesa do mestrado.

Aos meus filhos, João Pedro e Alice, agradeço pela compreensão e me desculpo pela ausência das horas dedicadas ao mestrado em que deixei de ser um Pai presente.

À minha admirável esposa, Sabina Aleixo, pela parceria, por ter me mantido motivado e por ter sido a idealizadora deste projeto de fazer mestrado depois de quase 20 anos trabalhando na assistência oncológica.

Aos meus pais, Aparecida e Francisco (*in memoriam*) por terem sempre acreditado em mim.

## RESUMO

**Introdução:** O câncer é a segunda causa de morte no Brasil e no mundo, representando um dos principais problemas de saúde pública do século XXI. O diagnóstico precoce e o tratamento tempestivo são estratégias para a redução da mortalidade. Em 2012 a Presidência da República sancionou a Lei 12.732, conhecida como Lei dos 60 dias, que determina ser obrigatório o primeiro tratamento oncológico em até 60 dias após o diagnóstico. **Objetivos:** Verificar a influência da Lei dos 60 dias no início do tratamento oncológico de pacientes com câncer colorretal no serviço de oncologia do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI). **Métodos:** Estudo transversal com coleta de dados retrospectivos do Sistema de Informação de Saúde – SISRHC HECI no período de 2010 a 2017. Foram coletados dados das variáveis: sexo, idade, raça, consumo de bebida alcoólica e tabaco, grau de instrução, procedência, localização do tumor e estadiamento. Foi realizada uma análise descritiva e o teste do qui-quadrado. **Resultados:** Identificou-se 6.962 casos novos de câncer no período. Destes, 585 eram de CCR e foram analisados. A maioria era do sexo masculino (52,8%), com idade entre 51 a 80 anos (70,5%) e se declararam brancos em 49% dos casos. Eram consumidores/ex-consumidores de bebida alcoólica ou tabaco, 23% e 39%, respectivamente. Maioria dos casos eram estágio III e IV (60%) e localizado no colón (65%). Dos 585 casos, 71% receberam primeiro tratamento em até 60 dias. Na análise inferencial univariada, os casos com idade  $\leq$  50 anos e com tumores localizados no reto tiveram maior probabilidade de receber o primeiro tratamento oncológico em período  $\leq$  60 dias com  $p < 0,05$ . Nas demais variáveis não houve diferença estatística. **Conclusão:** Quase um terço dos pacientes não receberam o primeiro tratamento oncológico dentro de no máximo 60 dias. Ter idade  $\leq$  50 anos e tumor localizado no colón aumenta a probabilidade de receber o primeiro tratamento em até 60 dias. A Lei dos 60 dias ainda não trouxe o impacto esperado na prática clínica do serviço de oncologia do HECI no período analisado.

**Palavras-chave:** Neoplasia. Câncer. Epidemiologia. Diagnóstico Tardio. Serviços de Saúde. Tempo para Tratamento. Políticas Públicas.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cancer is the second leading cause of death in Brazil and in the world, representing one of the main public health problems of the 21st century. Early diagnosis and timely treatment are strategies to reduce mortality. In 2012, the Presidency of the Republic sanctioned Law 12.732, known as the 60-day Law, which determines that the first cancer treatment is mandatory within 60 days after diagnosis.

**Objectives:** Verify the influence of the 60-day Law on the start of cancer treatment for patients with colorectal cancer in the HECI oncology service. **Methods:** Cross-sectional study with retrospective data collection from the Health Information System - SISRHC of the Evangelical Hospital of Cachoeiro de Itapemirim (HECI) in the period 2010 to 2017. Data were collected on the variables: sex, age, race, consumption of alcoholic beverages and tobacco, education level, origin, tumor location and staging. A descriptive analysis and the chi-square test were performed. **Results:** A total of 6,962 new cases of cancer were identified in the period. Of these, 585 cases of CCR were analyzed. Most were male (52.8%), aged between 51 and 80 years (70.5%) and 49% of the cases declared themselves white. Of these, 23% and 39% were consumers/ex-consumers of alcoholic beverages or tobacco, respectively. Most cases were stage III and IV (60%) and located in the colon (65%). Of the 585 cases, 71% received the first treatment within 60 days. In the univariate inferential analysis, cases aged  $\leq 50$  years and with tumors located in the rectum were more likely to receive the first cancer treatment in a period  $\leq 60$  days with  $p < 0.05$ . In the other variables there was no statistical difference. **Conclusion:** Almost a third of patients did not receive their first cancer treatment within 60 days. Being  $\leq 50$  years old and having a tumor located in the colon increases the likelihood of receiving the first treatment within 60 days. The 60-day Law has not yet achieved the expected impact on the clinical practice of the HECI oncology service in the period analyzed.

**Keywords:** Neoplasm. Epidemiology. Delayed Diagnosis. Time to Treatment. Public Policy.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Transição demográfica e epidemiológica no Brasil de 1930 a 2003 .....	35
Figura 2 - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2020 por sexo, exceto pele não melanoma.....	37
Figura 3 - Taxa de incidência de câncer no Brasil por Região, por sexo, 2006.....	38
Figura 4 - Correlação entre o IDH e a taxa de letalidade por todas as neoplasias....	40

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Causas de morte nas Américas de acordo com o CID 10, 2010.....	36
Tabela 2 - Incidência de CCR no ano de 2020 em diferentes Estados Brasileiros de acordo com o sexo no ano de 2020 .....	50
Tabela 3 - Análise das variáveis sociodemográficas em relação ao tempo entre o diagnóstico anatomopatológico e o primeiro tratamento oncológico recebido: $\leq$ 60 dias ou $>$ 60 dias em pacientes com CCR .....	54
Tabela 4 - Análise comparativa das variáveis clínicas em relação ao tempo entre o diagnóstico anatomopatológico e o primeiro tratamento oncológico recebido: $\leq$ 60 dias ou $>$ 60 dias.....	56
Tabela 5 - Análise comparativa das variáveis em relação ao tempo entre o diagnóstico anatomopatológico e o primeiro tratamento oncológico recebido por tipo de tratamento (quimioterapia, cirurgia ou radioterapia): $\leq$ 60 dias ou $>$ 60 dias .....	57

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AMA</b>	Agência Municipal de Agendamento
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>CADSUS WEB</b>	Cadastro Nacional de Usuários do SUS
<b>CIB</b>	Comissão Intergestora Bipartite
<b>CID10</b>	Código Internacional de Doenças
<b>CEP</b>	Comissão de Ética em Pesquisa
<b>ES</b>	Espírito Santo
<b>EMESCAM</b>	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
<b>GM/MS</b>	Gabinete Ministro/Ministério da Saúde
<b>HECI</b>	Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>LiLacs</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MedLine</b>	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>ONGs</b>	Organizações Não Governamentais
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PDR</b>	Plano Diretor Regional
<b>SESA</b>	Secretaria de saúde do Estado do Espírito Santo
<b>SISREG</b>	Sistema de Regulação
<b>SISRHC</b>	Sistema de Registro Hospitalar de Câncer
<b>SISCOLO</b>	Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero
<b>SISMAMA</b>	Sistema de Informações do Câncer de Mama
<b>SISCAN</b>	Sistema de Informações do Câncer
<b>SUS</b>	Sistema único de Saúde
<b>TNM</b>	Sistema de Classificação de Tumores Malignos

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1 JUSTIFICATIVA .....	18
<b>2 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	23
2.1 TIPO DE ESTUDO .....	23
2.2 LOCAL DO ESTUDO .....	23
2.3 AMOSTRA.....	27
<b>2.3.1 Critérios de inclusão</b> .....	27
<b>2.3.2 Critérios de exclusão</b> .....	28
2.4 MÉTODO/PROCOLO.....	28
2.5 COMITÊ DE ÉTICA.....	30
2.6 MÉTODO ESTATÍSTICO .....	31
<b>2.6.1 Primeiro momento</b> .....	31
<b>2.6.2 Segundo momento</b> .....	31
<b>3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O COMBATE AO CÂNCER NO BRASIL: DA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA À LEI DOS 60 DIAS</b> .....	32
3.1 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E MORTALIDADE POR CÂNCER NO BRASIL.....	32
3.2 PROCESSO HISTÓRICO NO DESENVOLVIMENTO DS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA COMBATE AO CÂNCER NO BRASIL.....	41
<b>4 O CÂNCER COLORRETAL COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: DISCUTINDO A LEI DOS 60 DIAS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO SUL DO ESPÍRITO SANTO</b> .....	47
4.1 PERFIL DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER COLORRETAL ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA MACRORREGIÃO SUL-CAPIXABA .....	49
4.2 TRATAMENTO ONCOLÓGICO NO CONTEXTO DA LEI DOS 60 DIAS: ANÁLISE DA REALIDADE DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA REGIÃO SUL-CAPIXABA.....	54

<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	58
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	64
<b>APÊNDICES</b> .....	72
APÊNDICE A - Flowchart dos casos selecionados .....	72
APÊNDICE B - Ficha de coleta de dados .....	73
APÊNDICE C - Carta de anuência do HECI.....	74
<b>ANEXOS</b> .....	75
ANEXO A - Ficha de Registro de Tumor.....	75
ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP.....	78

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer representa um dos principais problemas de saúde pública do século XXI em todo o mundo, inclusive no Brasil. O seu progressivo impacto epidemiológico e a necessidade de maior cobertura das ações, visando seu controle, principalmente pelo Sistema Único de saúde (SUS), tem colocado a doença no centro das discussões sobre medicina e saúde pública do Brasil (OPAS/OMS BRASIL, 2018; ARAÚJO NETO; TEIXEIRA, 2017).

O câncer é uma doença de alta incidência. As estimativas são de que 1 em cada 5 homens e 1 em cada 6 mulheres irão desenvolver câncer ao longo da vida. No ano de 2018 foram estimados 18,1 milhões de casos novos no mundo, distribuídos da seguinte maneira: Ásia 48,4%, Europa 23,4%, América 21,0%, África 5,8% e Oceania 1,4% (BRAY *et al.*, 2018).

Em termos de incidência mundial por localização do tumor primário, os seis cânceres mais frequentes são: os cânceres de pulmão e mama, seguidos pelo câncer colorretal, o câncer de próstata, o câncer gástrico e o câncer do fígado (OPAS/OMS BRASIL, 2018).

Este ranking de incidência pode sofrer variações em diferentes continentes e esta variação se correlaciona com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Em continentes com IDH baixo, o câncer de próstata aparece em primeiro, o câncer de mama em segundo e o colorretal em terceiro. Em países com IDH muito alto, o câncer de mama aparece em primeiro, o câncer colorretal em segundo e em terceiro o câncer de pulmão. Essas diferenças são decorrentes, principalmente, de fatores sociais, econômicos e culturais (BRAY *et al.*, 2018).

No Brasil, para cada ano do triênio 2020/2022 espera-se 625 mil casos novos, sendo o câncer de próstata o mais frequente no homem (29%) e em segundo, o câncer de pulmão (9,1%). Nas mulheres, o câncer de mama é o mais frequente (29,7%) e em segundo, o câncer colorretal, com 9,2% dos casos (INCA, 2019).

O câncer também representa uma doença de alta mortalidade global, sendo a segunda causa de morte por doença no mundo. Segundo Bray *et al.* (2018), a estimativa do risco de morte por câncer no mundo ao longo da vida é de 1:8 entre os homens e 1:11 entre as mulheres, sendo que, a estimativa de morte era de 9,6 milhões em 2018 (OPAS/OMS BRASIL, 2018; INCA, 2019).

No Brasil, a mortalidade projetada para cada ano do triênio 2020/2022 é de 218 mil, sendo 103 mil mortes entre as mulheres e 115 mil mortes entre os homens (INCA, 2019).

Esta importância mundial do câncer se deu de forma crescente, como consequência das modificações das condições e modos de vida das pessoas, decorrentes do desenvolvimento industrial no século XX, associado a um aumento na expectativa de vida, ocasionando uma alteração no perfil da morbimortalidade na sociedade moderna dos séculos XX e XXI (OPAS/OMS BRASIL, 2018).

Em meados do século passado, apenas os países considerados desenvolvidos identificavam o câncer como um problema de saúde pública e passaram a implementar medidas de combate ao câncer. No Brasil, um país em desenvolvimento, as endemias ocupavam a agenda das políticas públicas e havia pouca preocupação com o câncer (INCA, 2006).

Sodré relatava a dificuldade de obtenção de dados da doença no Brasil e mostrava, através de diversas comparações, a pequena incidência da doença entre os brasileiros. Sodré assegurava que a baixa incidência se devia ao fato de o câncer ser uma doença de países civilizados, de países mais prósperos (SODRÉ, 1904 apud ARAÚJO NETO; TEIXEIRA, 2017).

O relato de Sodré sobre a baixa frequência do câncer no país e sua despreocupação com a doença sugere que, no início do século XX, a elite médica brasileira atribuía pouca importância ao câncer no Brasil (SODRÉ, 1904 apud ARAÚJO NETO; TEIXEIRA, 2017).

Um dos primeiros relatos de preocupação com câncer no Brasil, como problema de saúde Pública, vem do surgimento da primeira proposta governamental de combate ao câncer no Brasil, que se deu em 1920, mas seu arcabouço envolvia, basicamente, a notificação compulsória dos casos e o registro do câncer como causa de óbito (INCA, 2006).

Essas notificações e registros produziram um perfil epidemiológico do câncer no Brasil, o que levou à criação de unidades específicas para tratamento, através de parcerias entre instituições filantrópicas e a iniciativa pública, e foram criadas ações públicas com o objetivo de levar conhecimentos e alertar a população em geral sobre medidas de prevenção ao câncer (TEIXEIRA, 2009b).

Esta doença, cuja importância acerca da morbimortalidade foi crescente ao longo do século XX, fora, por muitos anos, relegada ao manejo do foco curativo no Brasil, com raras medidas de cunho preventivo. As Políticas Públicas em saúde para a oncologia datam de pouco tempo antes da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões, iniciando-se, marcadamente, em 1921, em São Paulo, com o primeiro movimento de ação dirigida ao câncer (BARRETO, 2005).

Em 1922, na capital mineira, Belo Horizonte, surgiu o primeiro centro de tratamento oncológico, o Instituto do Radium. Contando com aportes financeiros federais, estaduais e filantrópicos (TEIXEIRA, 2009b).

A militância médica acerca da cancerologia cresceu, então, progressivamente. Diversos setores da sociedade iniciaram suas manifestações de solução de medidas de impacto em saúde pública que contemplassem os pacientes oncológicos (BARRETO, 2005).

Foi nessa trajetória que, no período da Era Vargas, em 1937, surgiu uma normativa criando o centro de cancerologia no estado do Rio de Janeiro, uma unidade pública destinada, exclusivamente, ao estudo e tratamento do câncer, que mais tarde viria a se tornar o Instituto Nacional de Câncer (INCA) José de Alencar Gomes da Silva (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, ocorreu uma ampliação no número de estabelecimentos dedicados ao tratamento do câncer, e foram desenvolvidos diversos programas e campanhas em prol do combate ao câncer. Apesar disso, segundo Teixeira, Porto e Habib (2012), não houve uma organização satisfatória para um eficiente controle do câncer no Brasil.

Com o advento do SUS, um novo conjunto de Políticas Públicas foi implementado com o intuito de estruturar o atendimento ao paciente oncológico em diversas frentes de organização. Nesta época, segundo Wünsch Filho e Moncau (2002), já se conhecia o perfil epidemiológico da mortalidade por câncer no Brasil, e o câncer colorretal representava a quinta causa de morte por câncer.

Após a implantação do SUS, pela Lei 8.080 em 1990, o INCA passou a coordenar as estratégias de prevenção do câncer (BRASIL, 1990). As principais campanhas desenvolvidas pelo INCA, nestes anos, foram para o câncer de colo uterino e o câncer de mama, com os programas de Sistemas de Informação do Câncer de Colo Uterino (SISCOLO) e o Sistemas de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), respectivamente voltados para o acesso e monitoramento de diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama e que, em 2013, foi unificado e substituído por um sistema chamado de Sistema de Informações do câncer (SISCAN), que é uma versão em plataforma web que integra o SISMAMA e o SISCOLO. O SISCAN é integrado ao Cadastro Nacional de Usuários do SUS (CADSUS WEB), permitindo a identificação dos usuários pelo número do cartão SUS e a atualização automática de seu histórico de seguimento (BRASIL, 2008, 2006a, 2013a; INCA, 2013b).

No ano de 2013 foi publicada a Portaria 874, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e o Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo da redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer. Esta política é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios (BRASIL, 2013b).

Ao longo do tempo, programas específicos, coordenados pelo INCA, foram desenvolvidos, no Brasil, para alguns tipos de câncer, principalmente decorrentes de uma pressão popular e de Organizações Não Governamentais (ONGs), com destaque para os movimentos feministas e várias ONGs que atuaram no enfrentamento dos cânceres de mama e colo uterino e o câncer de próstata.

Certamente todos já ouvimos falar em outubro rosa e novembro azul, por exemplo, mas poucos conhecem o setembro verde, mês dedicado para a conscientização sobre medidas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de intestino. Destaca-se que, não existe nenhum programa específico do INCA com estes objetivos, redução da incidência e morbimortalidade, voltados para o câncer colorretal, apesar da incidência e mortalidade elevadas e crescente, que passou de quinta, em 1995, para a terceira causa de morte por câncer no Brasil no ano de 2019 (INCA, 2019; BRAY *et al.*, 2018; WÜNSCH FILHO; MONCAU, 2002).

Sendo assim, se faz necessário o rastreamento para diagnóstico precoce de câncer colorretal, com uma estratégia dirigida a um grupo populacional específico, em que os benefícios superem os riscos e com maior impacto na redução da mortalidade. No caso do câncer colorretal, eles podem ser detectados precocemente com redução do diagnóstico tardio e redução da mortalidade de 15 a 20% (MORENO *et al.*, 2016; WIEGERING *et al.*, 2016; KUBISCH *et al.*, 2016).

Para atender o objetivo de diagnóstico precoce do câncer colorretal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o rastreamento sistemático com pesquisa de sangue oculto nas fezes para todos os indivíduos acima de 50 anos (risco médio<sup>1</sup>) em

---

<sup>1 2</sup> **Definição do Institute for Clinical System Improvement (ICSI)**

**risco médio:** Pacientes com risco médio de câncer colorretal são definidos por: 50 anos ou mais, ou se afro-americanos ou índios americanos, 45 anos ou mais, sem história pessoal de pólipos, câncer colorretal ou doença inflamatória intestinal; sem história familiar de câncer colorretal em: um parente de primeiro grau diagnosticado antes dos 60 anos, ou dois parentes de primeiro grau diagnosticados em qualquer idade; e sem história familiar de pólipos adenomatosos em um parente de primeiro grau diagnosticado antes dos 60 anos.

**Risco alto:** Um parente de primeiro grau com câncer colorretal ou pólipos adenomatosos diagnosticados antes dos 60 anos ou dois ou mais parentes de primeiro grau diagnosticados em qualquer idade; Portador de Doença inflamatória intestinal (colite ulcerosa crônica e doença de Crohn); Diagnóstico genético de poliposeadenomatosa familiar (FAP) ou suspeita de FAP sem evidência de teste genético; Diagnóstico genético ou clínico de câncer colorretal hereditário não polipose (HNPCC).

países capazes de garantir acesso à confirmação diagnóstica através de colonoscopia e tratamento dos casos confirmados (OPAS/OMS BRASIL, 2018).

A recomendação do SUS brasileiro é que sejam priorizadas ações de diagnóstico precoce e abordagem personalizada apenas para o grupo de alto risco<sup>2</sup>.

O protocolo de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada, do Ministério da Saúde, define que o rastreamento de paciente de alto risco deve ser feito em serviço especializado de genética e gastroenterologia, mas também recomenda que, onde houver baixa oferta de colonoscopia, sejam priorizados os pacientes com suspeita de câncer, o que significa dizer que nem mesmo os pacientes de alto risco serão rastreados (BRASIL, 2016).

Ainda em 2012, em uma tentativa de garantir a tempestividade da assistência aos pacientes com diagnóstico de qualquer tipo de câncer, o Poder Legislativo aprovou e a Presidência da República sancionou a Lei número 12.732, conhecida como Lei dos 60 dias, que se tornou amplamente conhecida no Brasil por se tratar de um marco no acesso ao tratamento oncológico, a qual estabelece, em seu artigo 2º:

Que todo cidadão brasileiro com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico (laudo emitido e assinado por médico patologista) ou em prazo menor, conforme a urgência de necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único (BRASIL, 2012, p. 1).

Esta Lei viria a beneficiar o acesso a pacientes com qualquer tipo de câncer, tornando obrigatório o acesso ao tratamento em no máximo 60 dias, evitando agravo da doença. No entanto, em 16/05/2013, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM número 876, regulamentou a Lei e neste momento comete uma alteração que parece ser sutil, mas que pode acarretar em uma discrepância muito grande no início do tratamento. Na Lei original, os 60 dias passam a ser contados a partir da data em que é assinado o laudo anatomopatológico com diagnóstico de câncer e, na regulamentação MS/GM 876, os 60 dias contar-se-ão a partir do registro do diagnóstico no prontuário do paciente. Isto significa dizer que, o prazo entre o diagnóstico até o paciente conseguir uma consulta médica para mostrar o resultado, não seria contabilizado. Este equívoco só foi corrigido em 03/06/2014 com a Portaria

MS/GM número 1.220 do Ministério da Saúde. Este exemplo mostra claramente como são difíceis o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas de combate ao câncer (BRASIL, 2013c, 2014b).

Diante do exposto, considerando que não se realiza rastreamento para prevenção e diagnóstico precoce do câncer colorretal, o tratamento tempestivo dos casos diagnosticados passa a ser fundamental para a redução do agravo da doença. Dentro desta perspectiva, deve-se conhecer a realidade dos serviços especializados em atendimento oncológico e avaliar se esta está conseguindo cumprir a legislação vigente imposta pela Lei dos 60 dias.

Desta forma, a presente pesquisa procura responder a seguinte pergunta: Qual a influência da Lei dos 60 dias no início do tratamento oncológico de pacientes com câncer colorretal do serviço de oncologia do HECI?

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Nascido em Paranaíba, cidade do interior do Paraná, filho de trabalhadores rurais, conheci a pobreza de perto, mas tive a oportunidade de ter acesso à escola e universidades públicas de qualidade. Me formei em Medicina na Universidade de Rio Grande em 1997, realizei Residência Médica nas especialidades de Medicina Interna e Cancerologia Clínica no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e me mudei para o Espírito Santo em 2002, para coordenar o recém-criado Serviço de Oncologia do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI). No início, encontrei uma equipe de trabalho motivada e uma diretoria do Hospital comprometida, mas um serviço com muitas carências na organização (rotinas assistenciais, protocolos, etc.) e na estrutura física (adequação às portarias vigentes). A partir de então, passei a atuar na assistência oncológica de pacientes internados e ambulatoriais, tanto de pacientes provenientes do SUS (quase 90%) quanto de convênios, e na parte administrativa e gestão do serviço de oncologia, visando combater estas carências. Em 2006 iniciei minha trajetória no Ensino Superior como Preceptor da Residência de Clínica Médica, onde atuo até os dias atuais, tive uma passagem como Diretor Clínico e Diretor Técnico do HECI de 2010 a 2016, e em 2019 iniciei atividade Docente na Graduação como Professor e Coordenador da disciplina de Semiologia da Faculdade

MULTIVIX. Essa atuação na Assistência, Gestão e Ensino me proporcionou uma visão mais ampla da Questão Social que envolve o câncer. Uma doença que afeta toda a família, que por vezes, transforma o trabalhador em incapaz, que tem um custo social e familiar alto, além de impacto financeiro em famílias de baixa renda. Nestes anos presenciei muitas histórias tristes sobre dificuldades de acesso à diagnóstico e tratamento oncológico e passei a compreender a importância das Políticas Públicas na saúde das pessoas de nível socioeconômico baixo. Como profissional médico oncologista e Coordenador do serviço de oncologia do HECl, este estudo permitirá conhecer melhor a população assistida no setor de oncologia do HECl e conhecer a nossa estatística local, além de possibilitar adquirir conhecimento epidemiológico e de Políticas Públicas, que poderei, futuramente, transformar em ações positivas no desenvolvimento local.

Em relação ao CCR, terceiro tumor mais frequente no serviço de oncologia do HECl, e área na qual sou referência dentro do serviço, percebi que, mesmo tendo métodos de rastreamento e diagnóstico precoce conhecidos, como pesquisa de sangue oculto nas fezes e colonoscopia, a quase totalidade dos pacientes não realizava nenhum destes exames e a maioria dos casos eram diagnósticos em estágios avançados. Uma outra percepção era que os pacientes apresentavam sintomas meses antes de firmar o diagnóstico e após firmar o diagnóstico iniciavam uma outra maratona, a de conseguir ser atendido em um centro de referência em oncologia e esse longo período poderia ser um dos responsáveis pelo diagnóstico em estágios avançados. Estas percepções motivaram esta pesquisa como uma maneira científica de avaliar se estamos tratando o CCR de maneira tempestiva no HECl, utilizando, para isto, a avaliação do cumprimento da Lei dos 60 dias.

Destaca-se que, como serviço de referência, temos um compromisso social de atender bem a população de nossa referência e combater o câncer de maneira tempestiva, visando reduzir a alta mortalidade do CCR, que causa uma repercussão negativa na estrutura das famílias, visto que, aproximadamente metade dos casos ocorrem em idade produtiva, abaixo dos 65 anos e, uma maneira de avaliar e mensurar se estamos atingindo esta meta, é o tempo entre o diagnóstico e o início do primeiro tratamento oncológico de acordo com o preconizado pela Lei dos 60 dias.

Coletar dados e produzir informações possibilitará trazer benefícios para a população do sul do estado do Espírito Santo no que se refere à acessibilidade ao tratamento do câncer de maneira tempestiva, tornando esta informação pública, auxiliando gestores locais na tomada de decisões baseando-se em evidências. Portanto, a presente pesquisa tem como objetivo geral: Verificar a influência da Lei dos 60 dias no início do tratamento oncológico de pacientes com câncer colorretal do serviço de oncologia do HECl, com os seguintes objetivos específicos:

- a) Caracterizar o perfil de pacientes com câncer colorretal de acordo com a idade, sexo, grau de instrução, raça, ocupação principal, procedência, tabagismo, uso de bebida alcoólica;
- b) Definir a localização primária (COLON/SIGMÓIDE E RETO) e estadiamento no início do tratamento;
- c) Verificar o acesso ao tratamento oncológico de pacientes com câncer colorretal do serviço de oncologia do HECl, considerando o tempo de início de tratamento de pacientes com câncer colorretal conforme preconizado pela lei dos 60 dias;
- d) Para alcançar estes objetivos foi realizada uma pesquisa com revisão da literatura, Leis, Portarias e coleta de dados da Ficha de Registro de todos os casos novos (analíticos) do Registro Hospitalar de Câncer do HECl;
- e) Como resultado, a presente dissertação está estruturada em 07 partes.

O capítulo 02, de materiais e métodos, foi elaborado para descrever o tipo de estudo, local de realização do estudo, definição da macrorregião do ES, bem como a procedência dos pacientes que serão estudados, definição da amostra com os respectivos critérios de inclusão e exclusão, a metodologia utilizada para a coleta e análise dos dados, o parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa e método estatístico para análise de nível de evidência. No capítulo 03 foram abordados dados biológicos e epidemiológicos sobre o câncer no mundo, no Brasil e no ES, referentes a incidência e mortalidade, buscando estabelecer sua importância dentro do contexto socioeconômico e regional do Brasil. No capítulo 04 foi realizada uma revisão da biologia do CCR e sua importância como problema de saúde pública e uma breve apresentação histórica da evolução das Políticas Públicas de combate ao câncer no Brasil, o seu surgimento, a importância das ONGs neste processo e citam-se algumas Políticas públicas consideradas as mais importantes neste processo até

a publicação da Lei dos 60 dias em 2012 e é apresentado o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes da presente pesquisa. No capítulo 05 estão apresentados os resultados desta pesquisa, em forma de tabelas e gráficos, e foi realizada uma discussão dos resultados encontrados. No capítulo 06 estão as conclusões que o autor chegou através da análise e discussão dos dados encontrados. No capítulo 07 estão as referências para consulta.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

### 2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa aplicada, explicativa e quantitativa, que se realizará em três momentos:

No primeiro momento será realizada uma revisão bibliográfica utilizando as seguintes fontes de busca: Pubmed, LILACS, MedLine. As palavras chaves (descritores) utilizadas foram: [*Neoplasm, Cancer, Epidemiology, Delayed Diagnosis, Health Services, Time to Treatment, Public Policy*] e o período de busca compreendeu de 1988 até 2020. Foram selecionados artigos publicados na língua inglesa e portuguesa.

No segundo momento, efetuou-se uma classificação dos principais documentos, leis, portarias, decretos e normas relacionados à Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para a realização da análise.

No terceiro momento foi realizado um estudo transversal com coleta de dados retrospectivos do Sistema de Informação de Saúde (SISRHC) do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI) no período de 2010 a 2017.

### 2.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa será realizada no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI), entidade privada de caráter filantrópico, localizado no município de Cachoeiro de Itapemirim, com abrangência macrorregional, atendendo pacientes de 26 municípios da macrorregião sul de saúde e que serve como retaguarda para um contingente de aproximadamente 623 mil pessoas, conforme o Plano Diretor de Regionalização de 2011<sup>3</sup> (PDR, 2016). A regionalização da saúde é uma estratégia prevista constitucionalmente e muito importante para a promoção de sistemas de saúde

---

<sup>3</sup> Documento consta com data de 2011, mas foi atualizado em 2016, optou-se, portanto, usar-se a data da atualização.

eficientes, visando a garantia da integralidade e da equidade na atenção à saúde. Esta estratégia visa também o desenvolvimento socioeconômico das localidades, possibilitando uma redução das desigualdades sociais. No Pacto pela Saúde, a partir de 2006, a regionalização ficou definida como eixo estruturante e a constituição das regiões de saúde deve considerar as características culturais, socioeconômicas e os aspectos políticos interfederativos, uma vez que, o funcionamento do sistema regional depende da pactuação entre os gestores do sistema de saúde.

O primeiro PDR do ES dividiu o estado em três macrorregiões e oito microrregiões. O atual PDR da Saúde do ES foi homologado em 10/11/2011 e dividiu o ES em quatro macrorregiões como segue:

- a) Norte, com 384.361 habitantes e 14 municípios (Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus, Vila Pavão);
- b) Central, com 571.302 habitantes e 18 municípios (Água Branca, Alto Rio Novo, Aracruz, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã, Sooretama, Vila Valério);
- c) Metropolitana, com 1.935.393 habitantes e 20 municípios (Afonso Cláudio, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha, Vitória);
- d) Sul, com 623.396 habitantes e 26 municípios. A macrorregião Sul é subdividida em 03 microrregiões:
  - 1 Microrregião Caparaó: Alegre, Bom Jesus do Norte, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Muniz Freire, Ibatiba, Irupi, Iúna, São José do Calçado.
  - 2 Microrregião Polo Cachoeiro: Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Jerônimo Monteiro, Mimoso do Sul, Muqui, Atílio Vivacqua, Apiacá, Vargem Alta.

3 Microrregião Metrópole Expandida Sul: Alfredo Chaves, Anchieta, Iconha, Piúma, Rio Novo do Sul, Itapemirim, Marataízes e Presidente Kennedy.

O HECI tem 60 anos de fundação, possui 218 leitos, e é referência para tratamento de alta complexidade nas áreas de doença cardiovascular (cirurgia cardíaca, hemodinâmica, cardiologia clínica), neurocirurgia, gestação de alto risco, oncologia, além de ter habilitação para atendimento de obesidade, nefrologia, e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Atende pacientes do SUS (86%), convênios e particulares. O HECI possui vários programas de residência médica (clínica médica, cirurgia geral, neonatologia, ginecologia e obstetrícia, medicina de família, cardiologia, anestesiologia, terapia intensiva, mastologia, cirurgia do aparelho digestivo) e residência multiprofissional, programas de oncologia e terapia intensiva (enfermagem, fisioterapia, farmácia, serviço social, psicologia, nutrição). O HECI realiza em média 180.000 atendimentos ambulatoriais ao ano, 75.000 internações ao ano e 16.072 cirurgias ao ano (HECI, 2019).

O serviço de oncologia é credenciado pelo Ministério da Saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) com Hematologia e Radioterapia há 25 anos, possui enfermaria com 24 leitos de internação exclusiva para oncologia e hematologia, ambulatório de especialidades oncológicas (oncologia clínica, oncologia cirúrgica, onco-hematologia, mastologia, urologia, cirurgia torácica, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia hepatobiliar, cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia bucomaxilo, radioncologia, cirurgia plástica, neurocirurgia) além de, ambulatório de várias áreas e de equipe multiprofissional (psicologia, serviço social, fisioterapia, nutrição, farmacologia, enfermagem). Realiza, em média, 20.000 consultas/ano, 1.000 cirurgias oncológicas/ano, 7.647 sessões de quimioterapia/ano e 60.091 sessões de radioterapia/ano e registra uma média anual de 1.024 casos novos de câncer (HECI, 2019). O UNACON do HECI segue as recomendações da Portaria 1.399/19, possui um corpo clínico composto de médicos especialistas nas mais diversas áreas oncológicas (4 oncologistas, 3 hematologistas, 3 radio-oncologistas, 3 cirurgiões oncológicos, 2 mastologistas, 10 ginecologistas, 4 urologistas, 1 coloproctologista, 2 cirurgiões aparelho digestivo, 1 cirurgião cabeça e pescoço, 4 neurocirurgiões, 1 cirurgião do tórax) e está capacitado para a realização de procedimentos de baixa,

média e alta complexidade na área de oncologia, desde diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos (BRASIL, 2014a).

O acesso dos pacientes da macrorregião Sul para atendimento com profissionais do corpo clínico da equipe de oncologia ocorre de duas maneiras: através do agendamento feito pelo próprio município, via Sistema de Regulação (SISREG) ou agendamento direto no serviço de oncologia pelo próprio paciente ou responsável através de encaminhamento médico ao Serviço de oncologia ou apresentando exame que confirme a necessidade de atendimento no Serviço de oncologia.

No primeiro caso, via SISREG, o agendamento ocorre de acordo com a Resolução 014/2015 CIB/ES, que homologou a Linha de Cuidado em Oncologia para o ES (ESPÍRITO SANTO, 2015). Neste fluxo, os pacientes, com achados clínicos ou exames complementares suspeitos de neoplasia maligna, são identificados na Atenção Básica dos municípios e terão o seu caso encaminhado para a Central de Regulação Municipal/AMA (AMA – Agência Municipal de Agendamento) com solicitação de consulta na área de cancerologia. O responsável pelo agendamento no município encaminha a solicitação de consulta para o Médico Regulador da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) com os documentos anexos (Laudo médico com a indicação, exames complementares, Cartão Nacional de Saúde e telefone de contato do paciente, telefone de contato do responsável pelo agendamento na Central de Regulação Municipal).

O médico regulador define se o caso é oncológico, se necessitar, solicita mais informações para a AMA e, uma vez identificado como caso oncológico, define a prioridade da consulta e autoriza o agendamento para o profissional oncologista de acordo com a patologia, por exemplo, no caso de um câncer de mama, para o mastologista.

O caso é encaminhado para a Central de Regulação Ambulatorial da SESA que, através de sistema informatizado, SISREG III, realiza o agendamento para a especialidade solicitada no UNACON do HECI (para pacientes provenientes da macrorregião sul) e encaminha o comprovante de agendamento para a Central de Agendamento (AMA) do município. A Central de Regulação Municipal, de posse do

comprovante de agendamento, comunica o paciente e providencia transporte para o paciente na data indicada. Este fluxo segue o recomendado no PDR/2016.

Para agendamento direto no setor de oncologia do HECI, o paciente ou familiar deve portar a solicitação de consulta e os documentos anexos (laudo médico com a indicação e/ou exames complementares que comprovem a necessidade de atendimento oncológico, Cartão Nacional de Saúde e telefone de contato do paciente). A solicitação é entregue para a secretária (recepção do setor de oncologia do HECI) e os casos são avaliados diariamente por dois médicos da equipe, que são responsáveis pela avaliação e fazem a tarefa de “médico regulador”. Uma vez identificada a necessidade de consulta com profissional da área de oncologia, autoriza-se o agendamento de acordo com a especialidade necessária. Este agendamento de consulta de primeira vez não pode ultrapassar 15 dias (por definição interna do setor de oncologia do HECI). A secretária faz contato com o paciente informando a data, local e hora da consulta com comprovante do agendamento que deve ser retirado no setor de oncologia. De posse do agendamento, o paciente ou responsável procura a AMA do município para agendar transporte do paciente.

### 2.3 AMOSTRA

Os participantes desta amostra foram pacientes cadastrados no Sistema de Informação de Saúde (SISRHC) do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI) no período de 2010 a 2017. Este período foi definido por conter registros de melhor qualidade a partir de 2010 e o ano de 2017 por ser o último ano com dados completos na plataforma SISRHC. Foram identificados 6962 casos novos de câncer, sendo 3690 homens e 3272 mulheres. Para o estudo proposto foram selecionados os casos com o diagnóstico de câncer colorretal (CID-10 de C18.0 a C20.9) totalizando 676 casos novos.

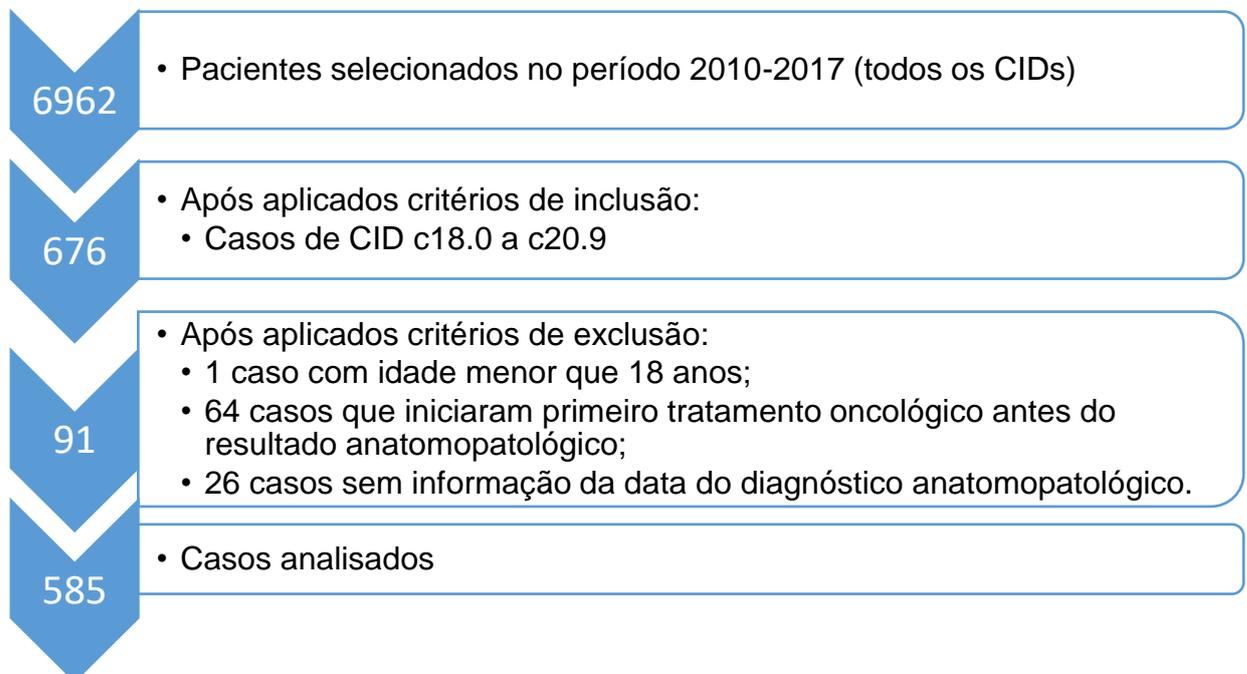
#### 2.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos os pacientes cadastrados do RHC do HECI, com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico confirmado por exame histopatológico de neoplasia maligna e que realizaram o primeiro tratamento oncológico no HECI.

### 2.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos pacientes sem informação da data do diagnóstico anatomopatológico, os sem informação da data de início do primeiro tratamento oncológico no serviço de oncologia do HECI, os que iniciaram o primeiro tratamento oncológico antes do resultado anatomopatológico, os que iniciaram o primeiro tratamento oncológico em outro serviço e após foram transferidos para o HECI.

Após aplicado os critérios de exclusão, conforme fluxograma abaixo, restaram 585 casos que tiveram seus dados analisados.



### 2.4 MÉTODO/PROTOCOLO

Foram coletados da ficha do SIS-RHC (ANEXO A) e registrados em ficha própria (APÊNDICE B) informações quanto:

a) Perfil sociodemográfico: sexo (masculino e feminino), idade na primeira consulta de 18 a 120 anos (para efeito de análise a idade foi agrupada da seguinte forma: 18 a 50 anos; 51 a 80 ano; >81 anos), raça (branca, preta/parda, amarela, indígena, sem informação), histórico de consumo de bebida alcoólica (nunca, ex-consumidor, sim, sem informação), histórico de consumo de tabaco (nunca, ex-consumidor, sim, sem informação), grau de instrução (sem informação, nenhuma,

ensino fundamental, ensino nível médio, ensino superior), procedência (os municípios foram agrupados conforme PDR-2016/ES que divide o ES em microrregiões distintas, denominadas Caparaó, Polo Cachoeiro e MetrÓpole Expandida Sul. Os municípios não pertencentes a nenhuma destas microrregiões foram agrupados como outros).

b) Localização do tumor primário de acordo com o Código Internacional de Doença CID-10: cólon (C18.0 a C18.9), junção retossigmoide (C19.9) e reto (C20.0 a C20.9), da décima revisão de 1989 (OMS, 1996). Para análise, os casos de CID C18 e C19 foram agrupados e analisados juntos, por representarem uma doença com as mesmas características epidemiológicas, de tratamento e de prognóstico.

c) O Estadiamento dos diferentes tipos de câncer será baseado no Sistema de Classificação TNM, oitava edição, publicada em 2016. A categoria T fornece informações sobre o aspecto do tumor primário, como o seu tamanho, quão profundamente se desenvolveu no órgão em que se originou e quanto invadiu os tecidos adjacentes e usualmente são classificados como Tx (não foi possível avaliar), T0 (sem evidência de tumor primário), Tis (*in situ* ou invade até no máximo lâmina própria), T1 (tumor invade até submucosa), T2 (tumor invade até muscular própria sem ultrapassá-la), T3 (tumor ultrapassa a muscular própria até a submucosa sem invadir outras estruturas) e T4 (tumor ultrapassa a subserosa e invade outras estruturas ou órgãos). A categoria N descreve se o câncer se espalhou para os linfonodos regionais e usualmente são classificados como Nx (não foi possível avaliar), N0 (ausência de metástases nos linfonodos examinados), N1 (metástases em 1 a 3 linfonodos pericólicos ou perirretais), N2 (metástases em 4 ou mais linfonodos pericólicos ou perirretais). A categoria M descreve se o câncer se espalhou (metástase) para locais distantes do tumor primário (outros órgãos) e podem ser classificado com Mx (não foi possível avaliar), M0 (ausência de metástases à distância) ou M1 (presença de metástases à distância). Quando as categorias T, N e M são agrupadas em combinações pré-definidas, ficam distribuídas em estádios que, usualmente, variam de I a IV. O estadiamento agrupa os tumores com a mesma classificação histopatológica e extensão, que apresentam evolução clínica, resposta terapêutica e prognóstico semelhantes (WILEY-LISS, 2016).

d) O início do tratamento oncológico de pacientes com câncer colorretal do serviço de oncologia do HECI foi considerado a partir da data do diagnóstico patológico e a data do primeiro tratamento oncológico recebido pelo paciente no HECI.

Neste momento foi avaliada a influência da Lei dos 60 dias no início do tratamento oncológico de pacientes com câncer colorretal do serviço de oncologia do HECI no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), um cumprimento da Lei 12.732/12, conhecida como Lei dos 60 dias (BRASIL, 2012).

Os dados coletados serão agrupados e discutidos dentro do contexto da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando avaliar a influência da Lei dos 60 dias para o início do tratamento oncológico do serviço de oncologia do HECI.

## 2.5 COMITÊ DE ÉTICA

O presente estudo faz parte de um projeto primário intitulado “Acesso ao tratamento oncológico de pacientes atendidos em hospital de referência da região sul-capixaba”, que foi submetido à apreciação sob o número 3.760.959 e dispensado de análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) (ANEXO B). Será assegurado o sigilo das informações obtidas mediante a não identificação nominal dos participantes da pesquisa, os quais serão identificados numericamente precedidos da letra A (A 01, A 02, etc.).

Em todas as etapas do estudo serão respeitadas as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Resolução 466/12, e a guarda das informações ficará sob responsabilidade dos pesquisadores responsáveis durante o período de cinco anos.

Em anexo consta a carta de anuência do serviço de referência do tratamento oncológico da região sul-capixaba (APÊNDICE C).

## 2.6 MÉTODO ESTATÍSTICO

### 2.6.1 Primeiro momento

A Análise estatística descritiva está reportada através de tabelas de frequências para variáveis nominais, e medidas de resumo de dados, como médias, desvio padrão, mínimo e máximo, para as variáveis contínuas.

### 2.6.2 Segundo momento

A Análise estatística indutiva ou inferencial foi conduzida através de testes univariados, adotando-se nível de significância de  $p < 0,05$ , com intervalo de confiança de 95% (IC95%) para todas as análises. A análise foi realizada no BIOESTAT 5.3, considerando a tabela de frequência recebida em artigo world.

### **3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O COMBATE AO CÂNCER NO BRASIL: DA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA À LEI DOS 60 DIAS**

O câncer é a segunda causa de morte por doença no Mundo e no Brasil, só perdendo para as doenças cardiovasculares, e por isso tem recebido destaque internacional e nacional dos meios de comunicação, da sociedade científica (pesquisadores), das Organizações não Governamentais (ONGs) e da classe política, por se tratar de um problema de saúde pública. Neste capítulo serão abordados os dados biológicos e epidemiológicos sobre o câncer no mundo e no Brasil, referentes a incidência e mortalidade, com destaque para o câncer colorretal, que é a população alvo do presente estudo, será feita uma breve apresentação da evolução das Políticas Públicas de combate ao câncer no Brasil, o seu surgimento, a importância das ONGs neste processo e serão citadas algumas Políticas públicas consideradas as mais importantes neste processo.

#### **3.1 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E MORTALIDADE POR CÂNCER NO BRASIL**

A OMS e o INCA definem o câncer como um conjunto de mais de cem doenças que tem em comum o crescimento desorganizado de células com capacidade de invadir outros tecidos e órgãos (maligno), podendo espalhar-se (metástases) para outras regiões do corpo (INCA, 2019; OPAS/OMS BRASIL, 2020).

Quase todos os cânceres se originam de uma única célula. Essa origem clonal é uma característica vital para a distinção entre neoplasia e hiperplasia. A progressão de um tumor, fenótipo normal para maligno, exige o acúmulo de várias mutações. O processo pode ser considerado como uma evolução Darwiniana, em que, a cada etapa, sucessiva, as células mutantes adquirem uma vantagem no crescimento, resultando na expansão de um clone neoplásico.

A incidência e a mortalidade do câncer estão crescendo rapidamente nos últimos anos. As razões são multifatoriais, mas refletem a idade média da população, que avançou nos últimos anos, e o aumento da população global, bem como as mudanças na prevalência e distribuição dos principais fatores de risco para o desenvolvimento

do câncer, vários dos quais estão associados com o desenvolvimento socioeconômico (INCA, 2006).

O risco de câncer aumenta exponencialmente com a idade, sendo que, 60% dos casos ocorrem após os 65 anos de idade e 70% das mortes por câncer ocorrem nesta faixa etária, reforçando ser o câncer uma doença da velhice (KAPUCU; BULUT, 2018; MORIN *et al.*, 2015).

O envelhecimento tem relação direta com aumento da incidência de câncer. Uma explicação para este fato decorre das diversas alterações fisiológicas relacionadas à idade e que determinam, em conjunto com alterações moleculares mutagênicas e fatores relacionados à insuficiência e desregulação do sistema imunológico, um favorecimento para a proliferação celular e surgimento de neoplasias malignas (SILVA; SILVA, 2005).

O câncer não tem uma causa única. Conforme dados apresentados por Wu *et al.* (2016), aproximadamente 15% são de causas chamadas internas (mutações genéticas, imunológicas e hormonais) e 85% dos casos de câncer estão associados a causas externas (presentes no meio ambiente). Os fatores podem interagir de diversas formas, dando início ao surgimento do câncer. As mudanças provocadas no meio ambiente, pelo próprio homem, os hábitos e os estilos de vida podem aumentar o risco de diferentes tipos de câncer.

Entende-se por meio ambiente (causas externas) o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente de trabalho (indústrias químicas e afins), ambiente sociocultural (estilo de vida) e ambiente de consumo (medicamentos, alimentos, etc.). Os mesmos interferem na estrutura genética das células (DNA), funcionando como carcinógenos. Para enfrentamento destes fatores, temos mecanismos internos que estão relacionados à capacidade do organismo de se defender dos fatores externos com potencial carcinogênico. Quando estes fatores de “defesa” fracassam, inicia-se o desenvolvimento de um câncer. Existem também os fatores chamados genéticos, que tornam determinadas pessoas mais vulneráveis à ação de agentes cancerígenos ambientais. Esta observação explica, de certa forma, porque algumas pessoas

desenvolvem câncer e outras não, mesmo tendo mutações que predispõe ao desenvolvimento de neoplasias (INCA, 2013a).

O processo de envelhecimento também provoca alterações celulares, tornando-as mais vulneráveis ao processo cancerígeno. Soma-se a isso, o fato dos idosos terem tido um tempo de exposição a fatores de risco para câncer por longo tempo, explicando, em parte, o fato do câncer ser mais frequente nesta fase da vida (INCA, 2019). Vale destacar que a expectativa média de vida aumentou de 40 para 80 anos do século 19 para o século 21 e este fato, por si só, explica o aumento dos casos de câncer no mundo e a necessidade de Políticas Públicas de enfrentamento desta doença e, em especial, na população acima de 65 anos, que necessita de maiores cuidados pelo processo de envelhecimento primário (ESTAPÉ, 2018).

Em comparação com o câncer, em muitos países, o aumento proeminente deste como causa de morte reflete, parcialmente, o marcado declínio na taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral e doença coronariana. A transição do câncer é mais impressionante em economias emergentes, onde um aumento da magnitude da doença ocorre paralelamente por uma mudança do perfil dos tipos de cânceres mais comuns (BRAY *et al.*, 2018).

Uma observação recorrente é a substituição, em economias emergentes, dos cânceres relacionados com infecção e com a pobreza por esses cânceres que já são altamente frequentes em países mais desenvolvidos. Esses cânceres são frequentemente atribuídos à chamada ocidentalização do estilo de vida, diferenciando o perfil epidemiológico dos cânceres entre os países e entre regiões, decorrentes da marcada diversidade demográfica ainda existente, com a persistência de fatores de risco local em populações com diferentes fases de transição social e econômica (WHO, 2018; BRAY *et al.*, 2018).

No Brasil também podemos observar esta transição epidemiológica, onde a mortalidade por doenças infecto-parasitárias, que era a principal causa de morte no início do século XX, apresentar uma queda dramática de 1930 a 1980, enquanto as causas cardiovasculares fazem um movimento inverso, com um aumento exponencial no mesmo período, consolidando esta transição demográfica a partir da década de

oitenta, passando a ser a doença cardiovascular a principal causa de morte. Após a década de 1980, a mortalidade por doenças infecto-parasitárias continua em queda lenta, passando para a quinta posição, enquanto as causas cardiovasculares tendem a fazer um platô, se consolidando como a principal causa de morte (Figura 1 e Tabela 1).

Figura 1 - Transição demográfica e epidemiológica no Brasil de 1930 a 2003

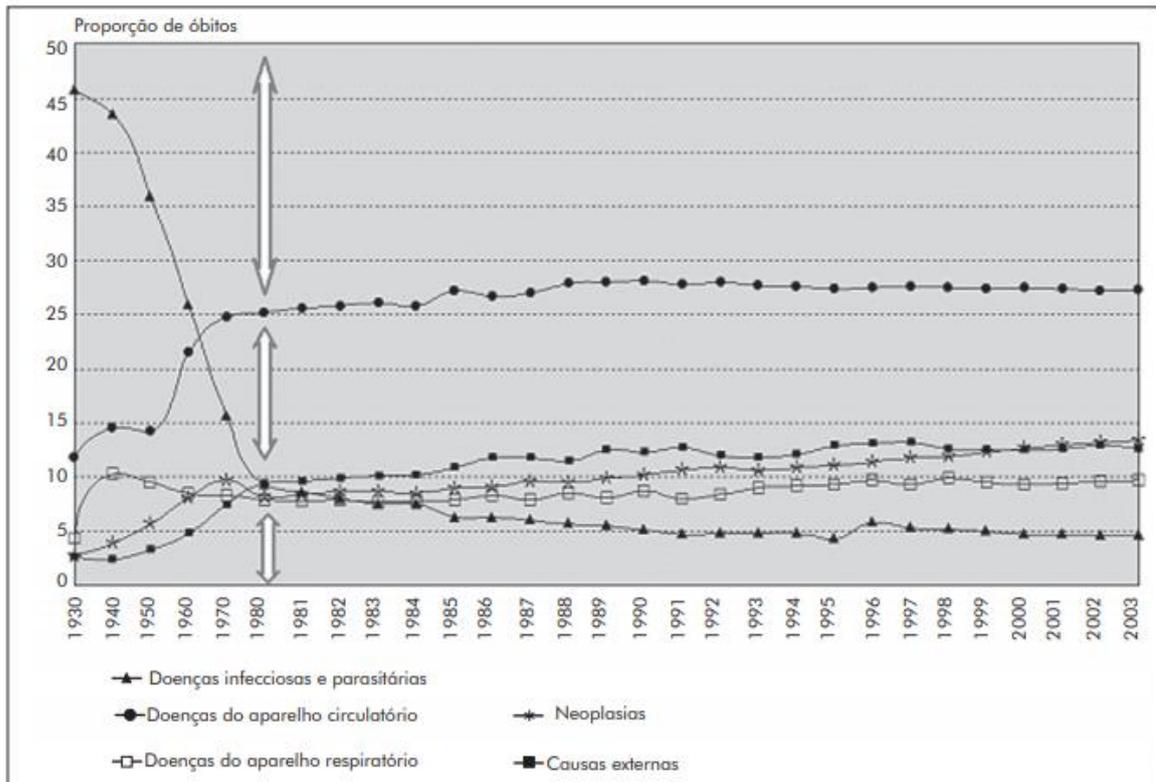


Fig. 6.8 — Mortalidade proporcional por quatro causas de óbitos no Brasil, 1930 a 2003.

Fonte: Radis, Fiocruz, 1982/1984 & MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

\* Mudança de escala do gráfico a partir de 1980 (entre 1930 e 1980 a escala está de 10 em 10 anos e após 1980 passa a ser anual)

Fonte: Pontes *et al.* (2009).

A mortalidade por doenças do aparelho respiratório e causas externas apresentam leve aumento, de maneira constante, após a década de 1980, ultrapassando as causas infecto-parasitárias, mas o que nos chama atenção é a mortalidade por neoplasias, que após a década de 1980 é a que mais avança, com um aumento consistente, e ultrapassa as causas externas após o ano de 2000, assumindo a segunda posição como causa de morte na população brasileira (Figura 1).

Se olharmos para as causas de morte nas Américas, continente onde o Brasil se encontra, observamos a mesma distribuição causal. As estatísticas de 2010 registram que, nas Américas, 20% das mortes foram decorrentes de neoplasias, semelhantes ao Brasil (Tabela 1).

Tabela 1 - Causas de morte nas Américas de acordo com o CID 10, 2010

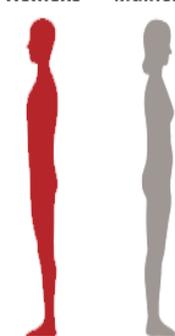
<b>CID 10</b>	<b>Número absoluto</b>	<b>% cada 100 mortes</b>	<b>% por 100 mil/hab.</b>
Cardiovascular	1.640.172	29,3	17,37
Neoplasias	1.131.635	20,2	11,99
Doenças trato respiratório	571.686	10,2	6,06
Causas externas	538.463	9,6	5,7
Outros			
<b>Total</b>	<b>5.589.507</b>	<b>100</b>	<b>59,21</b>

Fonte: Adaptado de Paho (2018).

No século XXI o câncer faz parte da agenda política de praticamente todos os países do mundo pelo seu impacto epidemiológico. No ano de 2018 foram registrados 18,1 milhões de casos novos no mundo e 9,6 milhões de mortes. Ao longo da vida, 1 a cada 5 homens e 1 em cada 6 mulheres terão diagnóstico de câncer e 1 em cada 8 homens e 1 em cada 11 mulheres irão morrer de câncer. O número de sobreviventes de câncer também cresce exponencialmente, decorrente de maior acesso ao diagnóstico e métodos de tratamento, sendo que, a cada 5 anos, a prevalência é de 43,8 milhões de sobreviventes (BRAY *et al.*, 2018).

No Brasil, para o triênio 2020 a 2022 são esperados 625 mil casos novos/ano de câncer. Excluindo o câncer de pele não-melanoma, serão 450 mil casos novos/ano. Em relação à incidência pelo CID, excluindo o câncer de pele não-melanoma, os tumores mais frequentes (Figura 2) são os cânceres de mama e próstata (66 mil casos/cada), em terceiro, os cânceres de colón/reto, que correspondem a 9,1 e 9,2% dos casos novos em homens e mulheres, respectivamente, e que somados constituem 41.010 casos novos/ano, ratificando a sua importância (INCA, 2019).

Figura 2 - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2020 por sexo, exceto pele não melanoma

Localização primária	Casos	%			Localização primária	Casos	%
Próstata	65.840	29,2%			Mama feminina	66.280	29,7%
Cólon e Reto	20.540	9,1%			Cólon e Reto	20.470	9,2%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.760	7,9%			Colo do útero	16.710	7,5%
Estômago	13.360	5,9%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.440	5,6%
Cavidade Oral	11.200	5,0%			Glândula Tireoide	11.950	5,4%
Esôfago	8.690	3,9%			Estômago	7.870	3,5%
Bexiga	7.590	3,4%			Ovário	6.650	3,0%
Linfoma não Hodgkin	6.580	2,9%			Corpo do útero	6.540	2,9%
Laringe	6.470	2,9%			Linfoma não Hodgkin	5.450	2,4%
Leucemias	5.920	2,6%			Sistema Nervoso Central	5.230	2,3%

\* Números arredondados para múltiplos de 10

Fonte: INCA (2019).

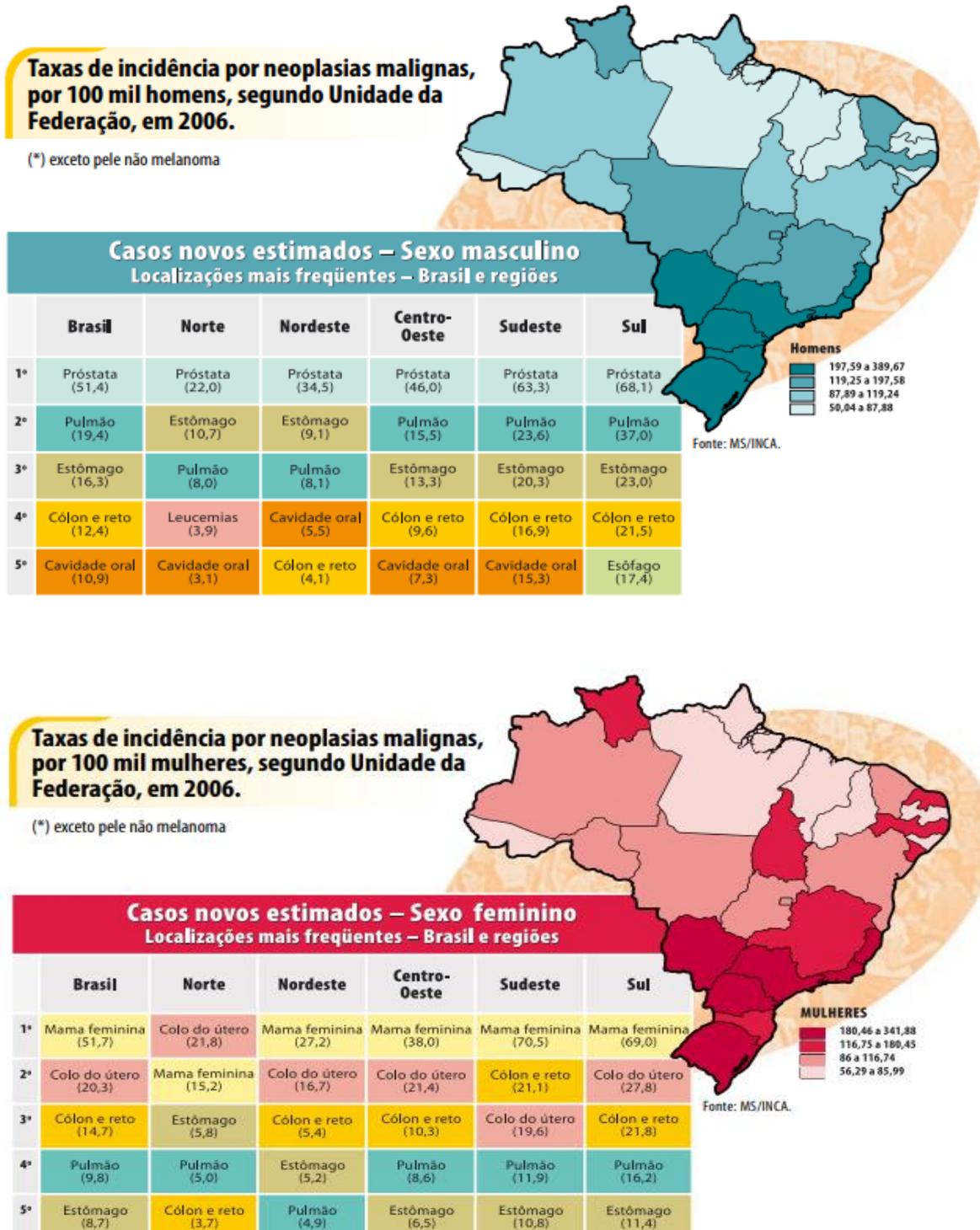
O Brasil, com as suas diferenças regionais, serve como modelo de constatação da mudança da incidência de neoplasia de acordo com o nível de desenvolvimento socioeconômico, com destaque do câncer de colo uterino, sabidamente de maior incidência em área de baixo nível socioeconômico, o que podemos constatar conforme dados apresentados na Figura 3, comparando a região sudeste do Brasil com a região norte, respectivamente áreas de maior e menor desenvolvimento socioeconômico (GERSTEN; WILMOTH, 2002; WHO, 2018; INCA, 2006).

Considerando a incidência por Região geográfica, a Região Sudeste concentra 60% dos casos, seguida da Região Nordeste com 27,8% e Região Sul com 23,4% dos casos (Figura 3). Esta incidência se correlaciona com a maior concentração de pessoas vivendo nestas regiões, de maneira respectiva, mas apresentam também, relação direta com o IDH <sup>4</sup> de cada Região. Em relação ao câncer de cólon e reto, esta variação entre as regiões de maior e menor IDH ficam bastante claras se observarmos a taxa de incidência para homens e mulheres, respectivamente, na

<sup>4</sup> O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) compara indicadores de países nos itens riqueza, alfabetização, educação, esperança de vida, natalidade e outros, com o intuito de avaliar o bem-estar de uma população, especialmente das crianças. Varia de zero a um e é divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) em seu relatório anual.

Região Sul, IDH alto, que foi de 21,5 e 21,8 casos novos e, na Região Norte, IDHmédio, que foi de 3,1 e 3,7 casos novos para cada 100mil/hab. (Figura 3). Essas diferenças reforçam a necessidade que as políticas públicas atendam as demandas de maneira regionalizada (INCA, 2019; BRAY *et al.*, 2018; IPEA, 2016).

Figura 3 - Taxa de incidência de câncer no Brasil por Região, por sexo, 2006



Fonte: Brasil (2006b).

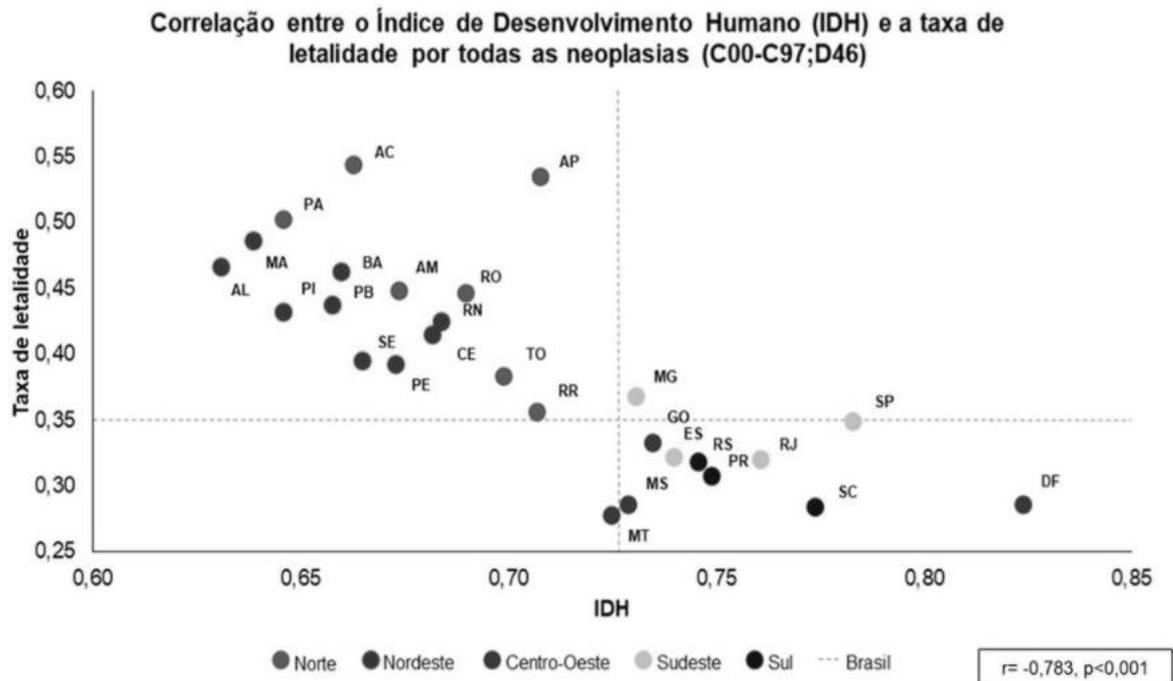
No Espírito Santo, para o triênio 2020 a 2022, são esperados 7.140 casos novos/ano, excluindo câncer de pele não melanoma. Destes, 4.070 em homens e 3.120 em mulheres. Em relação à distribuição por CID, os de maior incidência, respectivamente serão, 1.380 de próstata, 790 de mama, 530 de pulmão, 520 de cólon/reto. A taxa de incidência do câncer de cólon e reto no ES é de 11,9 e 11,2 para homens e mulheres, respectivamente. Esta incidência está abaixo da média da Região Sudeste, Região de IDH alto, e está similar à do centro-oeste, onde também temos um IDH alto, e da média do Brasil, um País em desenvolvimento, com IDH médio 0,72, considerado alto (INCA, 2019; IPEA, 2016).

Em relação a mortalidade, o câncer representa a segunda causa de morte por doença na população brasileira, correspondendo a 17,3% das mortes em 2018. Esse padrão só não se reproduziu na Região Norte, onde a mortalidade por causas externas ocupou o segundo lugar e o câncer ficou em terceiro, com 14% da mortalidade. No outro extremo, na Região Sul, as neoplasias ocupam o segundo lugar, e representam 21,2% das causas de mortes. Quando avaliamos a mortalidade no Brasil pelo CID10, as principais causas são câncer de pulmão (8,8%), cólon e reto (8,8%), mama (7,9%), próstata (7,0%) e estômago (6,6%). Em relação a Região Sudeste, onde se encontra o ES, o câncer de pulmão representa 12,5% da mortalidade e o câncer de cólon e reto representa 10,1%, ficando em segundo lugar entre as causas de morte por neoplasias (BRASIL, 2018).

Além disso, as diferenças socioeconômicas regionais também impactam na mortalidade. No estudo denominado “Desigualdade e câncer no Brasil: uma análise comparativa dos fatores relacionados aos diferentes desfechos por câncer nos estados brasileiros”, apresentado no 5º Fórum Big Data em Oncologia, os pesquisadores avaliaram esta desigualdade através do IDH e do Índice de Gini (mede a desigualdade na distribuição de renda) (OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA, 2021).

Os estados com os piores Escores de acesso à saúde estão localizados nas Regiões Norte e Nordeste enquanto os melhores escores estão nas regiões Sul e Sudeste (Figura 4).

Figura 4 - Correlação entre o IDH e a taxa de letalidade por todas as neoplasias



Fonte: Observatório de Oncologia (2021).

Como pode ser observado na Figura 4, esta desigualdade apresentou forte associação com a estimativa de sobrevivência de câncer, com destaque para os números de Roraima (11%), Acre (25%) e Pará (28%) em contraste com o Rio Grande do Sul (68%), Paraná (66%) e Santa Catarina (65%). Mesmo assim, os estados com os melhores índices de sobrevivência ainda estão abaixo de Países desenvolvidos, como Estados Unidos, com 72% de sobrevivência.

No Espírito Santo, os dados de mortalidade em 2000 mostram as Doenças Cardiovasculares (26,3%), Causas externas (16,6%) e Neoplasias (11,4%), respectivamente, entre as três primeiras causas. Já no ano de 2018, as três primeiras causas de morte foram: as Doenças Cardiovasculares (29%), as Neoplasias (19,1%) e as Causas Externas (14,5%). Assim como nos dados consolidados do Brasil, percebe-se, no ES, um aumento das causas neoplásicas na mortalidade (Figura 2) (BRASIL, 2018).

Em relação a mortalidade por câncer de cólon e reto, diferente de Países como os Estados Unidos, onde a mortalidade está caindo (SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2020),

no Brasil a mortalidade está aumentando. Entre os anos de 1996 a 2012 este aumento variou de 5,1% para 6,9% entre os homens e de 6,9% para 8,2% entre as mulheres e ocorreu, principalmente, nas Regiões Sul e Sudeste (OLIVEIRA *et al.*, 2018). No ES, o câncer colorretal ocasionou 100 mortes no ano de 2000 (4,84% das mortes por neoplasias) e 383 mortes no ano de 2018 (8,51% das mortes por neoplasias). Este aumento, em duas décadas, praticamente dobrou em percentual, e reflete a importância desta neoplasia na nossa região e merece uma análise mais profunda para a compreensão deste aumento exponencial e, conseqüentemente, permitir um planejamento estratégico para mudar este cenário (BRASIL, 2018).

### 3.2 PROCESSO HISTÓRICO NO DESENVOLVIMENTO DS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA COMBATE AO CÂNCER NO BRASIL

No Brasil, os primeiros sinais de preocupação com o câncer como um problema de saúde pública datam de meados do século XX, no entanto, as políticas públicas mais robustas, as regulamentações e normatizações, as ações e programas de controle que impactaram no combate ao câncer têm pouco mais de 30 anos. Neste período estruturou-se uma política de atenção ao câncer com vários elementos. Esse grande volume de normas dificulta o conhecimento dos gestores e profissionais de saúde, porém, esta sucessão de normativas indica lugar de destaque na agenda política, em consonância com a importância epidemiológica do câncer (SILVA *et al.*, 2017). Tomando como parâmetro as portarias públicas no Brasil, destacaremos aquelas de maior importância no tema abordado e principalmente aquelas do último período, não deixando de fazer uma contextualização histórica do início do Século XX até os dias atuais.

De acordo com os relatos do Dr. Mario Kroeff, médico cirurgião do início do Século XX e pioneiro na cirurgia oncológica no Brasil, data de 1921 o primeiro movimento em São Paulo, de alcance social, relacionado ao problema do câncer. No entanto, foi em Belo Horizonte que surgiu o primeiro centro de tratamento oncológico, o Instituto Radium (BARRETO, 2005). Durante o governo de Getúlio Vargas (1930-45), pressionado por reivindicações da sociedade civil, o governo decidiu tomar uma ação no combate ao câncer e foi criado, em 1937, o Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal (Rio de Janeiro), que futuramente veio a se

tornar o Instituto Nacional do Câncer (INCA). O evento concretizou um pleito antigo do Dr. Mario Kroeff, que defendia a necessidade de um centro de diagnóstico e tratamento do câncer (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012). Ainda na era Vargas, em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Câncer (SNC), com o objetivo de organizar as ações contra a doença no País (BARRETO, 2005). Nos anos de 1942 a 1947 diversos movimentos sociais se organizaram e surgiram grupos como a Liga Baiana Contra o Câncer, Liga Paranaense Contra o Câncer e a Associação Paulista de Combate ao Câncer, sendo esta última a responsável pelo aporte financeiro, em 1953, para a criação do Instituto Central, o atual Hospital Antônio Cândido Camargo (AC Camargo) (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012; BARRETO, 2005).

Em 1953 ocorre um desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, pelo Decreto de Lei nº 1.920, e o recém-criado Ministério da Saúde mantém na estrutura básica o Departamento Nacional de Saúde (DNS), que fora criado em 1921, e o Serviço Nacional do Câncer passa a compor o DNS (BRASIL, 1953).

Entretanto, os avanços no cuidado aos paciente com câncer são fortemente afetados a partir do golpe militar de 1964, quando os dirigentes do Ministério da Saúde, baseados na ideologia do liberalismo econômico e com uma concepção privatizante em relação à saúde, definiram que o câncer era uma questão da medicina hospitalar de base privada e, na concepção dos dirigentes do Ministério, por não ser uma doença epidêmica ou contagiosa, o câncer não poderia ser entendido como um problema de saúde pública e seu controle deveria se restringir às ações curativas individuais. Em decorrência disso, ocorre um longo período sem que tivéssemos política pública impactante no combate ao Câncer (BARRETO, 2005).

É a partir da década de 1970 que, por uma necessidade de apoio popular à estrutura do poder vigente e alinhando-se às ações de planejamento difundidas pelos organismos internacionais, surgiram as primeiras iniciativas abordando o câncer como um problema de saúde pública a ser contido por uma ação governamental planejada (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Em 1973 foi instituído o Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC). O programa tinha o objetivo de coordenar as ações referentes ao câncer em âmbito

nacional, integrando as atividades do Ministério da Saúde e da Previdência Social. Este programa, com ênfase no câncer ginecológico, incentivava campanhas de prevenção do câncer do colo do útero em parcerias com as secretarias estaduais e entidades filantrópicas, inaugurando um programa nacional com foco na prevenção do câncer (BARRETO, 2005).

As dificuldades econômicas do Brasil fizeram com que o PNCC não fosse incluído no III Plano Nacional de Desenvolvimento, em 1980, e o programa foi descontinuado. Neste contexto, o câncer deixou de ser uma doença estratégica e voltou a integrar as rotinas dos serviços de saúde, mesmo sendo o câncer uma doença em ascensão no Brasil, como demonstrado anteriormente.

Na década de 1980 também ocorre o processo de redemocratização política do País, que aspirava uma reforma sanitária, ampliando a responsabilidade do Estado quanto à saúde da população, universalizando o acesso aos serviços de saúde e encerrando a divisão entre saúde pública e previdenciária. Neste sentido, a Constituição de 1988 e a criação do SUS em 1990 consagram o direito de todos e a responsabilidade do Estado, impondo profundas transformações na saúde pública (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012) e a atenção ao câncer volta a fazer parte do planejamento estratégico da Saúde Pública com a publicação de várias Portarias, decretos e Leis.

A primeira delas, Portaria nº 170/93, classificou as unidades de tratamento oncológico em Centro de Referência I e II de acordo com a complexidade (BRASIL, 1993). Na sequência, a Portaria nº 3.535/98 revogou a portaria nº 170/93, e estabeleceu novos critérios para o cadastramento de Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que poderiam ser classificados em três categorias, CACON I, CACON II e CACON III, conforme a complexidade (BRASIL, 1998). A Portaria nº 741/05, referente à organização das Redes de Atenção Oncológica (RAO), estabeleceu a obrigatoriedade de implantação de Registro Hospitalar do Câncer (RHC) em todos os Centros de Tratamento Oncológico do SUS, criando uma base de dados epidemiológicos, essencial para planejamentos futuros de estratégias de combate ao câncer. O RHC tem a responsabilidade de registrar todos os casos novos em uma base de dados, que é anualmente enviada ao INCA para compilação e publicação dos dados (BRASIL, 2005). No ano de 2012 é publicada a Lei nº 12.732,

uma das mais importantes no que se refere a políticas públicas em oncologia. Esta lei nasceu de uma articulação política da FEMAMA <sup>5</sup> com a Deputada Carmen Zanotto, que enviou a proposta para a Câmara. Esta Lei ficou popularmente conhecida como a “Lei dos 60 dias” (BRASIL, 2012).

A Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início e cita em seus artigos:

Art. 1º O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.

Parágrafo único. A padronização de terapias do câncer, cirúrgicas e clínicas, deverá ser revista e republicada, e atualizada sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico e à disponibilidade de novos tratamentos comprovados.

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60(sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo anatomopatológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

§ 1º Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no caput, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso (BRASIL, 2012, p. 1).

Em relação a citação no Art. 1º, a gratuidade do tratamento no SUS não está referida de maneira expressa na Constituição Federal, mas é um princípio aceito como implícito na nossa Lei Maior. Por ser dever do Estado o acesso universal e igualitário, as ações de saúde prestadas pelo SUS devem ser gratuitas (BRASIL, 2011).

Outro ponto que merece ser destacado se refere ao conteúdo do parágrafo único do Art. 1º, que trata da atualização de tratamentos sempre que se fizer necessário para uma adequação a novos tratamentos mais eficazes e comprovados cientificamente, que é de responsabilidade da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) que analisa novos tratamentos e decide sobre a incorporação. Nos últimos anos, o que tem acontecido é a decisão de não incorporação no SUS de tratamentos consagrados com robusta comprovação científica a despeito de seu

---

<sup>5</sup> FEMAMA - Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da mama, uma associação civil, sem fins lucrativos, que busca ampliar o acesso ágil e adequado ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Brasil. A FEMAMA está presente na maioria dos estados brasileiros através de 71 ONGs associadas.

amplo uso na saúde suplementar, criando um abismo entre os tratamentos recebidos pelos pacientes do SUS e da saúde suplementar.

Como resultado prático, a existência de uma Lei não é garantia de acesso ao início do tratamento em 60 dias. Neste sentido, é falho o monitoramento que determina a implementação desta obrigatoriedade (BRASIL, 2013b). Neste sentido, o estudo proposto nesta dissertação tem uma importância social, uma vez que, se propõe a avaliar se os direitos garantidos por Lei estão alcançando àqueles que realmente necessitam, os pacientes do SUS.

Um outro Marco Legal é a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), publicada na forma da Portaria nº 874/13. Além das questões centrais relacionadas à linha de cuidados contempladas em legislações anteriores, deu maior ênfase para a integralidade do cuidado e informação em saúde (BRASIL, 2013b).

Como se pode compreender, o controle do câncer tem sido uma das prioridades na agenda da Política Nacional de Saúde do Brasil nas últimas décadas. Acompanhando este movimento, alguns pesquisadores nacionais se propuseram a estudar a realidade brasileira no quesito tempo de início do tratamento em diferentes tipos de câncer (NEAL *et al.*, 2015).

Entre eles, podemos citar a publicação de Valle, Turrini e Poveda (2017), que avaliaram fatores intervenientes para início de tratamento de pacientes com câncer gástrico e colorretal. Neste estudo, o tempo médio entre a busca de assistência médica e o início do tratamento foi de 8,84 meses. Um outro estudo, de Souza *et al.* (2015), avaliou o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento em mulheres idosas em hospital de referência em São Paulo no período de 2001 a 2006 onde os autores encontraram um tempo médio de início de tratamento de 74,7 dias. Medeiros *et al.* (2015) tentaram identificar o perfil de pacientes que receberam o primeiro tratamento oncológico em período acima de 60 dias em um estudo de coorte retrospectivo com 137.593 mulheres atendidas em 239 unidades hospitalares no Brasil entre 2000 e 2011. Neste estudo, 63,1% das mulheres receberam o primeiro tratamento 60 dias após o diagnóstico. As mais suscetíveis a atraso foram as não brancas, sem companheiros, com baixa escolaridade e que buscaram tratamento no

SUS. Estes estudos analisaram casos de pacientes atendidos e tratados antes da promulgação da Lei dos 60 dias em 2013.

Nesse contexto, uma questão sempre debatida é a dificuldade de acesso aos tratamentos, já que a demora entre o diagnóstico e o início do tratamento agrava a doença. Diversas publicações relatam que o fator tempo é importante para cura do câncer e isso foi reforçado pelo estudo britânico de metanálise publicado em 2020, que evidenciou que uma demora de quatro semanas em iniciar o tratamento está relacionada a desfechos desfavoráveis, um aumento do risco de morte de aproximadamente 10%, e reforçam a necessidade de agilizar o início do tratamento (HANNA *et al.*, 2020).

Esta publicação reforça a importância do projeto de Lei nº 12.732, de novembro de 2012, que pretende garantir ao paciente oncológico o direito a um tratamento oncológico tempestivo, iniciando um tratamento oncológico em um período igual ou inferior a 60 dias após confirmado o diagnóstico, reduzindo os riscos de um desfecho desfavorável.

#### 4 O CÂNCER COLORRETAL COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: DISCUTINDO A LEI DOS 60 DIAS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO SUL DO ESPÍRITO SANTO

O CCR, como exposto anteriormente, ocupa o 3º lugar no ranking de casos novos no Brasil, com aproximadamente 41 mil casos/ano (INCA,2019). Em algumas regiões, se considerarmos apenas o sexo feminino, chega a ocupar o 2º lugar no ranking, como é o caso do Sudeste (Figura 3).

O CCR é uma neoplasia maligna invasora, localizada no intestino grosso (cólon ascendentes, transversos, descendentes) e reto. Este tipo de câncer pode ser dividido em dois grandes grupos, os esporádicos e os familiares/hereditários. Cerca de 15 a 30% dos cânceres CCR são familiares/hereditários e se desenvolvem devido a fatores genéticos hereditários, incluindo a síndrome do câncer colorretal hereditário não polipoide (HNPCC)<sup>6</sup> e a polipose adenomatosa familiar (FAP)<sup>7</sup> (INCA, 2015). Estes cânceres usualmente acometem indivíduos mais jovens, normalmente antes dos 50 anos de idade, variando entre as síndromes.

Os outros, aproximadamente 70 - 85% dos cânceres colorretais, são esporádicos e o seu desenvolvimento está relacionado à exposição a fatores de risco, como tabagismo, obesidade, sedentarismo, consumo de alimentos processados, consumo excessivo de carne vermelha. A grande maioria dos tumores esporádicos ocorre em indivíduos com idade superior a 50 anos, sendo a idade média de diagnóstico de 66 anos e se desenvolvem pela via canônica<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> A HNPCC é causada por mutações germinativas em um dos genes do sistema de reparo de mismatch repair system (MMR) (MSH2, MLH1, PMS1, PMS2 ou GTBP/MSH6), que são responsáveis por corrigir os erros que ocorrem durante a replicação e que afetam preferencialmente regiões de microssatélites (VILAR; GRUBER, 2010; LAGHI; MALESCI, 2012).

<sup>7</sup> A FAP é causada por uma mutação germinativa no gene APC (*adenomatous polyposis coli*), que é um gene supressor tumoral altamente expresso nos tecidos normais do epitélio gastrointestinal. A mutação germinativa do APC é encontrada em mais de 95% dos indivíduos com FAP, enquanto mutações no gene de excisão MYH são observadas no restante dos indivíduos acometidos por esta síndrome (FEARON, 2011; BOSMAN *et al.*, 2010).

<sup>8</sup> Via canônica - Esta via é conhecida como via supressora ou canônica (sequência adenoma-carcinoma), envolve a instabilidade cromossômica e caracteriza-se por perdas alélicas no cromossoma 5q (APC), 17p (p53) e 18q (DCC/SMAD4) (FEARON, 2011; CENTELLES, 2012).

Uma vez que a quase totalidade dos cânceres colorretais têm origem num pólip<sup>9</sup>, a sua detecção precoce e exérese de um pólip<sup>109</sup> adenomatoso é fundamental para evitar a sequência adenoma-carcinoma que ocorre num período médio de 10 a 15 anos (a conversão de grandes adenomas em CCR é de cerca de 1% ao ano). Por isso, a retirada do pólip<sup>109</sup> por endoscopia permite reduzir o risco de evolução do adenoma-carcinoma em 76 a 90% dos casos (TEIXEIRA, 2009a; KAMINSKI *et al.*, 2010).

A maioria dos pólip<sup>109</sup>s colorretais são assintomáticos e identificados durante a realização de colonoscopia (SUDOYO *et al.*, 2014). A frequência de pólip<sup>109</sup>s em indivíduos assintomáticos é de aproximadamente 9% em idades inferiores a 50 anos e de 17 a 21% em idosos. No entanto, em estudos de autópsia, esta percentagem revelou ser superior a 50% (WHO, 2018). Como não é possível diferenciar adequadamente por observação macroscópica as características de um pólip<sup>109</sup>, a sua remoção por biópsia e avaliação histológica está recomendada (O'BRIEN *et al.*, 1990).

Entre os pólip<sup>109</sup>s neoplásicos, os adenomatosos são os mais frequentes e são as neoplasias mais frequentes encontradas em colonoscopias de rastreamento<sup>11</sup> ou em pacientes com pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF<sup>12</sup>) positivo. Existem evidências de que a detecção e remoção dessas lesões precursoras de câncer podem prevenir muitos casos de câncer e reduzir a mortalidade em aproximadamente 20% (LIEBERMAN, 2012).

O surgimento dos pólip<sup>109</sup>s adenomatosos estão comprovadamente associados a alguns fatores de risco: idade avançada, sedentarismo, sexo masculino e aumento do Índice de Massa Corporal (IMC) /gordura abdominal, tabagismo (BEN *et al.*, 2012; NAM *et al.*, 2010; WOLIN; YAN; COLDITZ, 2011; NGUYEN *et al.*, 2009).

---

<sup>9</sup> Pólip<sup>109</sup> - O termo pólip<sup>109</sup> simples refere-se a uma massa protuberante no lúmen de um órgão.

<sup>109</sup> Pólip<sup>109</sup> adenomatoso - Os pólip<sup>109</sup>s adenomatosos são lesões displásicas do epitélio do cólon e podem ter padrão viloso e/ou tubular. A displasia pode ser classificada em baixo e alto grau.

<sup>11</sup> Colonoscopia de rastreamento – exame endoscópico de cólon e reto realizado em pessoas assintomáticas com objetivo de identificar lesões precursoras, pólip<sup>109</sup>s, e fazer a sua excisão endoscópica e reduzirá incidência de câncer colorretal (KUBISCH *et al.*, 2016).

<sup>12</sup> PSOF (pesquisa de sangue oculto nas fezes) – exame de rastreamento do câncer colorretal através da identificação de sangue oculto nas fezes. Uma vez (detectada a presença do sangue oculto, o paciente é submetido a uma colonoscopia para avaliar se existe presença de pólip<sup>109</sup>s e removê-los. Esta medida, comprovadamente diminui a incidência de câncer colorretal (STEGEMAN *et al.*, 2015).

De acordo com a Sociedade Americana de Oncologia, os pólipos adenomatosos devem ser classificados e agrupados, baseado no risco de desenvolver uma neoplasia maligna, em 3 grupos distintos (Quadro 1):

Quadro 1 - Risco de Pólipo adenomatoso colorretal evoluir para neoplasia maligna baseado no Guideline da Sociedade Americana de Oncologia (ASCO) 2006

<b>Baixo Risco</b>	Presença de 1 a 2 pólipos adenomatosos tubulares < 10mm com apenas displasia de baixo grau
<b>Risco Intermediário</b>	Presença de 3 a 10 pólipos adenomatosos tubulares < 10mm ou a presença de 1 ≥ 10 mm ou presença de adenoma viloso ou displasia de alto grau
<b>Alto Risco</b>	Presença de mais de 10 pólipos adenomatosos

Fonte: Adaptado de Lieberman *et al.* (2012).

Como exposto, o câncer colorretal, é um problema de saúde pública no Brasil (INCA, 2006), preenche vários critérios importantes para merecer a implantação de um programa de rastreamento estruturado e, neste sentido, várias sociedades médicas nacionais e internacionais recomendam o rastreamento através de programas organizados e não apenas oportunistas e juntamente com ONGs articulam para a criação de políticas públicas que possam atender este pleito.

A seguir apresenta-se o resultado da pesquisa realizada.

#### 4.1 PERFIL DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER COLORRETAL ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA MACRORREGIÃO SUL-CAPIXABA

No período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2017 foram identificados 6.962 casos novos com diagnóstico de câncer e atendidos no HECI, sendo 3.690 (53%) em homens e 3.272 (47%) em mulheres. Deste total, 676 (9,7%) casos novos foram de câncer colorretal. Foram incluídos nesta análise descritiva os 585 casos selecionados sendo que, 417 (71%) tiveram seu atendimento em até 60 dias após o diagnóstico anatomopatológico e 168 (29%) após 60 dias.

Considerando o perfil dos pacientes com CCR analisados no período de 2010 a 2017, a maioria era do sexo masculino, com 53% dos casos. Se considerarmos todos os casos de CCR diagnosticados no estado do Espírito Santo nos anos de 2016 e 2017, ocorreu um predomínio nas mulheres, com 52% dos casos (INCA, 2019). No Brasil

temos muitas diferenças regionais que repercutem na população, com exposição diferenciada aos fatores de risco e isto faz com que tenhamos uma variação na incidência de CCR por sexo entre os diferentes estados e regiões. Isto pode ser exemplificado na Tabela 2, em um recorte da incidência de CCR no ano de 2020, onde podemos identificar estados com predomínio no sexo masculino, no feminino e naqueles em que não houve predomínio (INCA, 2019).

Tabela 2 - Incidência de CCR no ano de 2020 em diferentes Estados Brasileiros de acordo com o sexo no ano de 2020

ESTADO	NÚMERO	MASCULINO %	FEMININO %
São Paulo	14.670	54%	46%
Espírito Santo	520	46%	54%
Rio de Janeiro	5.070	48%	52%
Pernambuco	960	43%	57%
Goiás	1160	50%	50%
Mato Grosso do Sul	540	50%	50%
Paraná	2480	50%	50%

Fonte: INCA (2019).

Nota-se que a incidência em SP foi semelhante ao do nosso estudo. Quando consideramos a incidência mundial, temos predomínio masculino, com 55% dos casos novos. Como o sexo isoladamente não é um fator de risco para CCR, é possível que estas diferenças estejam relacionadas aos diferentes estilos de vida, como tabagismo, etilismo, sedentarismo, alimentação e obesidade (GLOBOCAN, 2020).

Em relação à idade, a grande maioria dos pacientes pesquisados (71%) tinham idade entre 51 e 80 anos, outros 9% acima dos 80 anos e 20% com até 50 anos. A média de idade observada foi de 62 anos. O CCR é mais frequentemente diagnosticado na sexta e sétima década da vida, sendo a idade média ao diagnóstico 65 anos (GLOBOCAN, 2020). Um estudo realizado por Lima (2019) sobre o câncer colorretal no Brasil, com mais de 75 mil casos analisados, expõe que 72,5% dos casos ocorreram em pacientes com idade entre 50 e 80 anos, 18% dos casos em idade inferior a 50 anos e 9,5% com idade superior aos 80 anos, dados semelhantes aos do HECI no período de 2010 a 2017. O *National Cancer Institute* (NCI) (2020) publicou recentemente um estudo que revelou uma mudança epidemiológica nos Estados Unidos da América (EUA) no período de 1947 a 2013, com um aumento percentual de casos novos em indivíduos com idade inferior aos 55 anos, sendo que, no ano de

2017, aproximadamente 21% dos casos novos de CCR tinham idade inferior a 55 anos. Esta mudança epidemiológica está ocorrendo em regiões ou países com maior desenvolvimento econômico e supõe-se ter relação com os novos hábitos de vida.

No mundo, 72% dos casos ocorrem em pacientes com idade entre 50 e 79 anos e 10% em pacientes com idade inferior a 50 anos (GLOBOCAN, 2020). Como os dados mundiais são constituídos de países com diferentes graus de desenvolvimento e diferente hábitos de vida, essa tendência de aumento de incidência nos pacientes com idade inferior a 50 anos, possivelmente, ainda não pode ser constatada.

Na variável raça, 49% e 40% se declararam da raça branca e preta/parda, respectivamente. Na população Capixaba, considerando o último censo, 49% se declararam branco e 50% negro/pardo (IBGE, 2010). A distribuição de casos no nosso estudo segue a distribuição da população do estado do ES com leve predomínio da raça branca. Apesar de algumas publicações, como por exemplo, do *National Cancer Institute* (NCI) (2020) dos Estados Unidos mostrarem um predomínio do CCR em homens de raça negra nos últimos anos, não existe uma explicação genética para isto e acredita-se que isto se deve ao estilo de vida com maior exposição a fatores de risco conhecidos para o CCR.

Para caracterizar os hábitos de vida dos pacientes, foram coletados dados do consumo de tabaco e álcool. Considerando consumidores ativos e ex-consumidores, 32% e 24% informaram consumo de tabaco e álcool, respectivamente. O tabagismo, um fator de risco para vários tipos de câncer, conhecido há décadas por sua ação carcinogênica, passou a ser considerado um fator de risco para CCR com evidências suficientes em estudo de metanálise publicado em 2009, sendo que, a associação foi mais forte para o câncer de reto do que do colón (LIANG; CHEN; GIOVANNUCCI, 2009) e também pelo IARC<sup>13</sup> em sua publicação “*Tabaco Smoking Monography*” (1986). O principal mecanismo está relacionado a um aumento de pólipos adenomatosos em tabagistas, lesões precursoras de CCR. No Brasil temos poucas

---

<sup>13</sup> A Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer é uma agência intergovernamental que faz parte da Organização Mundial de Saúde das Nações Unidas. Seu papel é conduzir e coordenar pesquisas sobre as causas do câncer. Ele também coleta e publica dados de vigilância sobre a ocorrência de câncer em todo o mundo.

publicações sobre prevalência de tabagismo em pacientes com CCR. Estudo retrospectivo realizado em Botucatu, que analisou 80 pacientes submetidos a cirurgia por CCR, identificou uma prevalência de tabagismo de 46% (SAAD-HOSSNE *et al.*, 2005). O etilismo é outro fator de risco para o CCR, segundo o IARC, principalmente se consumido em grandes quantidades, embora tenha uma relação causal direta mais fraca e também carece de estudos de prevalência no Brasil. Estudos realizados em pacientes com vários tipos de câncer mostram a sua prevalência elevada entre portadores de câncer, como no estudo realizado por Cantão *et al.* (2020), que analisou pacientes com diferentes tipos de câncer e encontrou uma taxa bruta de etilismo de 24%, muito semelhante ao encontrado em nosso estudo.

Na variável grau de instrução, na nossa amostra, 9% dos pacientes se declararam sem nenhuma instrução, Ensinos Fundamental (completo e incompleto) 46%, Ensino Médio 13%, Ensino Superior 8% e sem informação 25% dos pacientes. No estudo realizado por Lima (2019), que avaliou perfil epidemiológico de quase 74 mil casos de CCR no Brasil entre 2006 e 2015, 7,8% se declararam sem nenhuma instrução e 64,6% declararam terem feito Ensino Fundamental (Completo e Incompleto). No Brasil, as diferenças no grau de instrução sofrem grandes variações, dependendo do estado e região que analisarmos. A relevância deste dado pode ser exemplificada quando analisamos a incidência de câncer nas diferentes regiões do Brasil e levamos em consideração o IDH das cinco Regiões brasileiras. Em regiões onde o IDH é Alto temos mais casos de CCR em comparação com Regiões onde o IDH é Baixo (Figura 03)<sup>14</sup>. Por outro, nas regiões onde o IDH é Baixo a taxa de letalidade por câncer, em geral, é muito maior do que em regiões onde o IDH é alto (Figura 4)<sup>15</sup>. Como o IDH é composto por longevidade, escolaridade e renda, uma taxa alta de baixa escolaridade pode estar relacionada a maior letalidade de CCR.

Em relação a procedência, 66% foram procedentes da microrregião Polo Cachoeiro e 16% igualmente das microrregiões Caparaó e Metrôpole Expandida Sul. A macrorregião sul do ES tem 623.396 habitantes, está subdividida em 3 microrregiões, e tem sua população assim distribuída: Polo Cachoeiro com 48% dos habitantes, Metrôpole Expandida Sul com 25% dos habitantes e Caparaó 27% dos habitantes

---

<sup>14</sup> Figura 03 – localizada na página 28 do texto.

<sup>15</sup> Figura 04 – localizada na página 30 do texto.

(PDR,2016). Nesta situação, encontramos uma diferença desproporcional de procedentes da microrregião Polo Cachoeiro em relação ao percentual de habitantes desta região.

Considerado a localização anatômica de ocorrência do CCR, dos 585 pacientes incluídos na análise, 65% estavam localizados no intestino grosso (colón e sigmoide) e 35% no reto. Várias publicações científicas a respeito da região topográfica do CCR demonstram que, aproximadamente, 40% dos adenocarcinomas colorretais se localizam no reto (SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2020).

Em relação ao estágio ao diagnóstico na presente pesquisa, a maioria dos casos (38%) foram diagnosticados no estágio 3, seguidos do estágio 4 (22%), estágio 2 (19%) e estágio 1 (8%). Mundialmente, a maioria dos autores consideram um CCR inicial os tumores que invadem até a submucosa (T1) a despeito dos achados nos linfonodos (BEATON *et al.*, 2013). Na nossa pesquisa, apenas 11 pacientes (1,88% dos 585 casos) foram diagnosticados no estágio T1, ou seja, a maioria esmagadora dos casos não eram iniciais. Uma das possíveis justificativas para este baixo número de casos diagnosticados na sua fase inicial (T1) é a falta de um programa de rastreamento organizado com Colonoscopia e/ou PSOF que, comprovadamente, reduz a mortalidade do CCR em aproximadamente 20% através do diagnóstico de lesões pré-neoplásicas (pólipos) e a identificação de neoplasia malignas em fase inicial e assintomáticas (T0 e T1).

Vale destacar que, as chances de cura são inversamente proporcionais ao estágio do diagnóstico que, na presente pesquisa, ocorreu tardiamente na grande maioria dos casos. Em seu estudo de doutorado, de 74 mil casos do Brasil, Lima (2019) encontrou 31% dos casos em estágios 1 e 2, no estágio 3 encontrou 33% dos casos e 26% em estágio 4, números muito parecidos com os do nosso estudo. Em relação ao tratamento oncológico no nosso estudo, 51% realizaram cirurgia como primeiro tratamento oncológico, seguido de quimioterapia, com 21% e radioterapia em 17% dos casos.

## 4.2 TRATAMENTO ONCOLÓGICO NO CONTEXTO DA LEI DOS 60 DIAS: ANÁLISE DA REALIDADE DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA REGIÃO SUL CAPIXABA

A lei dos 60 dias, em vigor desde 2013, tem como objetivo principal que todo paciente com diagnóstico de neoplasia maligna receba o primeiro tratamento oncológico em no máximo 60 dias após o diagnóstico anatomopatológico.

No nosso estudo avaliamos o tempo entre o diagnóstico anatomopatológico e o primeiro tratamento oncológico recebido pelo paciente, considerando 60 dias o limite máximo de tempo aceitável. Acreditamos ser esta uma maneira indireta de avaliar a aplicação da Lei dos 60 dias em pacientes com CCR que fizeram primeiro tratamento oncológico no HECI, no período de 2010 a 2017.

Globalmente, no período analisado, 71% dos pacientes com CCR receberam o primeiro tratamento oncológico em até 60 dias após o diagnóstico. A Tabela 3, a seguir, apresenta os resultados de primeiro tratamento oncológico global e de acordo com a variável sociodemográfica analisada.

Tabela 3 - Análise das variáveis sociodemográficas em relação ao tempo entre o diagnóstico anatomopatológico e o primeiro tratamento oncológico recebido: ≤ 60 dias ou > 60 dias em pacientes com CCR

(continua)

VARIÁVEL		≤ 60 dias	(%)	>60 dias	(%)	Valor p
Total	Todos	417	(71,28)	168	(28,72)	
Sexo	M	225	(72,81)	84	(27,13)	0,438
	F	192	(69,56)	84	(31,44)	
Idade	18 a 50 anos	95	(81,19)	22	(28,81)	0,028 <sup>1</sup>
	51 a 80 anos	283	(68,52)	130	(31,47)	
	≥ 81 anos	39	(70,90)	16	(29,09)	
Raça	Branca	200	(69,44)	88	(30,56)	0,489
	Preta/Parda	173	(74,56)	59	(25,44)	
	Amarela	1	(50,00)	1	(50,00)	
	S/ Informação	43	(68,26)	20	(31,75)	
Bebida Alcoólica	Nunca	232	(69,25)	103	(30,75)	0,115
	Ex-consumidor	63	(70,78)	20	(29,22)	
	Sim	41	(82,00)	9	(18,00)	
	S/ Informação	81	(72,97)	30	(26,03)	
Tabaco	Nunca	219	(72,27)	84	(26,73)	0,325
	Ex-consumidor	96	(66,20)	49	(23,80)	
	Sim	35	(79,54)	9	(20,46)	
	S/ Informação	67	(72,04)	26	(27,96)	

(conclusão)

VARIÁVEL		≤ 60 dias	(%)	>60 dias	(%)	Valor p
Grau de Instrução	Nenhuma	33	(63,46)	19	(35,54)	0,109
	E. Fundamental	188	(69,88)	81	(30,12)	
	E. Médio	65	(83,33)	13	(16,67)	
	E. Superior	27	(72,97)	10	(27,03)	
	S/ Informação	104	(69,79)	45	(30,21)	
Procedência	Caparaó	58	(62,36)	35	(37,64)	0,105
	Polo Cachoeiro	286	(74,09)	100	(25,93)	
	M. Expandida Sul	66	(70,21)	28	(29,89)	
	Outros	7	(58,33)	5	(41,67)	

Fonte: O autor (2020).

<sup>1</sup>p<0,05 referente ao teste Qui-Quadrado ou Exato de Fisher.

No universo de pacientes do nosso estudo, dos 585 casos analisados, 117 pacientes (20% dos casos) tinham idade entre 18 a 50 anos. Destes 20%, 95 pacientes, o que equivale a 81%, receberam o primeiro tratamento oncológico em no máximo 60 dias (Tabela 4). Não conseguimos, no presente estudo, identificar quais motivos levaram a essa diferença em favor dos pacientes com idade inferior a 50 anos. Uma possível explicação seria o fato de que pacientes acima de 50 anos tem maior dependência para locomoção, maior dificuldade de compreensão da doença e apresentam comorbidades. A presença de comorbidades, principalmente, faz com que tomadas de decisões sejam mais difíceis, por vezes, necessitando de exames complementares e avaliação de outros especialistas médicos e não médicos, retardando o início de tratamento. Estes dados se assemelham aos apresentados no estudo de Lima (2019), onde indivíduos com idade acima de 50 anos tiveram um retardo no início do tratamento comparativamente com indivíduos diagnosticados com câncer colorretal abaixo dos 50 anos.

A Tabela 4, apresentada a seguir, demonstra o resultado da comparação entre as variáveis clínicas e o tempo para o início do primeiro tratamento. Observa-se que, em relação a localização do tumor, o tempo ≤ 60 dias teve maior ocorrência no CID C18/19 (localização topográfica colón).

Tabela 4 - Análise comparativa das variáveis clínicas em relação ao tempo entre o diagnóstico anatomopatológico e o primeiro tratamento oncológico recebido: ≤ 60 dias ou &gt; 60 dias

VARIÁVEL		≤ 60 dias	(%)	>60 dias	(%)	Valor de p
Localização do Tumor	CID C18/C19	285	(75,00)	95	(25,00)	0,009 <sup>1</sup>
	CID C20	132	(64,39)	73	(35,61)	
Tumor (T)	T1	8	(72,72)	3	(27,27)	0,495
	T2	41	(73,21)	15	(26,69)	
	T3	167	(67,33)	81	(32,57)	
	T4	56	(75,67)	18	(24,33)	
	S/ Informação	145	(73,97)	51	(26,03)	
Linfonodo (N)	N0	112	(64,00)	63	(36,00)	0,073
	N1	95	(73,07)	35	(26,93)	
	N2	65	(78,04)	19	(21,96)	
	S/ Informação	145	(73,97)	51	(26,03)	
Metástase (M)	M0	244	(69,71)	106	(30,29)	0,581
	M1	26	(72,22)	10	(27,78)	
	S/ Informação	147	(73,86)	52	(25,14)	
Estágio Clínico (EC)	EC 0	4	(100,00)	0	(0,00)	0,189
	EC 1	32	(71,11)	13	(28,89)	
	EC 2	69	(63,30)	40	(36,70)	
	EC 3	160	(71,11)	65	(28,89)	
	EC 4	100	(77,51)	29	(22,49)	
	S/ Informação	52	(71,23)	21	(28,77)	

Fonte: O autor (2020).

<sup>1</sup>p<0,05 referente ao teste Qui-Quadrado ou Exato de Fisher.

Uma possível explicação para esta diferença é a maior complexidade de tratamento do câncer do reto em relação ao câncer do cólon, pois exige mais exames de estadiamento (como a ressonância magnética da pelve) para a tomada de decisões. Também exige, na maioria dos casos, avaliação do oncologista, do cirurgião e do radioterapeuta enquanto que, no câncer de cólon, o radioterapeuta não participa do tratamento. Esta diferença tem sido observada em outros estudos, como no apresentado por Lima (2019), que analisou 75 mil casos de CCR tratados no Brasil no período de 2011 a 2015 e constatou que 22% dos casos de câncer de cólon e 36% dos casos de câncer de reto receberam primeiro tratamento oncológico em período maior do que 60 dias. Resultados muito semelhantes ao da presente pesquisa (25% VS 36%).

Quando analisamos o início do primeiro tratamento de acordo com o tipo de tratamento recebido, dados apresentados na Tabela 5, não se observam diferenças significantes.

Tabela 5 - Análise comparativa das variáveis em relação ao tempo entre o diagnóstico anatomopatológico e o primeiro tratamento oncológico recebido por tipo de tratamento (quimioterapia, cirurgia ou radioterapia): ≤ 60 dias ou > 60 dias

VARIÁVEL		≤ 60 dias (%)	>60 dias (%)	Valor de p
Primeiro Tratamento Recebido	Quimioterapia	86 (70,49)	36 (29,51)	0,372
	Cirurgia	218 (74,14)	76 (25,85)	
	Radioterapia	65 (67,01)	32 (33,00)	
	Sem Informação	46 (65,71)	24 (34,30)	

Fonte: Elaborada pelo autor (2020).

Em relação às variáveis relacionadas ao tipo de primeiro tratamento oncológico recebido, como a radioterapia, este envolve uma complexidade maior para planejamento e início de execução, esperava-se que o tratamento radioterápico fosse mais demorado em relação aos outros e com uma diferença estatisticamente significativa, mas esta diferença não foi observada. No estudo de Lima (2019) também não verificou-se diferença entre a quimioterapia e a radioterapia, entretanto, os pacientes que realizaram cirurgia como primeiro tratamento oncológico tiveram maior probabilidade de receber tratamento antes dos 60 dias.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer é uma doença de alta incidência mundial e nacional. As estimativas mundiais são de que 1 em cada 5 homens e 1 em cada 6 mulheres irão desenvolver câncer ao longo da vida e no Brasil são esperados 650 mil casos novos/ano no triênio 2020 a 2022. É também uma doença de alta mortalidade, sendo a segunda causa de morte por doença no mundo e no Brasil. Por este motivo, o câncer tem sido uma preocupação mundial e faz parte da pauta da agenda política da grande maioria dos países do mundo e do Brasil, principalmente no século 21.

A importância mundial do câncer ocorreu como consequência das modificações decorrentes do desenvolvimento industrial no século XX, associado a um aumento na expectativa de vida, o que ocasionou uma mudança da morbimortalidade na sociedade moderna.

Com esta mudança fez-se necessária a implantação de políticas públicas voltadas para o combate ao câncer. No entanto, no Brasil, este foi um processo lento. As primeiras ações de relevância datam 1922, quando surgiu o primeiro centro de tratamento oncológico, o Instituto do Radium em Belo Horizonte. A militância médica acerca da cancerologia cresceu nos anos seguintes e vários setores da sociedade fizeram manifestações para que medidas de impacto em saúde pública contemplassem o combate ao câncer. Nessa trajetória, ainda na Era Vargas, em 1937, surge o centro de cancerologia no estado do Rio de Janeiro, o atual Instituto Nacional de Câncer (INCA).

A partir deste momento até a implantação do SUS, em 1990, ocorreu uma ampliação no número de estabelecimentos, nos programas e nas campanhas de combate ao câncer, mas não de maneira organizada para um eficiente controle do câncer no Brasil.

Com a implantação do SUS, o INCA passou a coordenar as ações estratégicas de combate ao câncer, e um novo conjunto de Políticas Públicas foi implementado com o intuito de estruturar o atendimento ao paciente oncológico em diversas frentes de

organização, isso porque, nesta época, graças a políticas públicas anteriores, já se conhecia o perfil epidemiológico da mortalidade por câncer no Brasil.

Apesar da evolução nas políticas públicas de combate ao câncer, a partir de 1990, quase vinte anos depois, ainda era notória a demora para início de tratamento oncológico de casos diagnosticados com câncer. Nesta época, mais precisamente em 2012, um movimento articulado por ONGs ligadas ao combate ao câncer e liderado pela FEMAMA, presente na maioria dos estados brasileiros, através de 71 ONGs associadas a FEMAMA, apresentou uma proposta de projeto de Lei para a então Deputada Carmen Zanotto com o objetivo de garantir um tratamento tempestivo para todos os tipos de câncer. A mesma propôs e o Poder Legislativo aprovou a Lei número 12.732, que ficou conhecida como Lei dos 60 dias, sendo sancionada pela Presidência da República em 2013. Esta Lei se tornou-se amplamente conhecida no Brasil por se tratar de um marco no acesso ao tratamento oncológico. Apesar disso, a existência de uma Lei não é garantia de sua implantação e, portanto, estudos avaliando o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico devem ser realizados em centros de tratamento oncológico das mais diversas regiões do Brasil para avaliar a sua eficiência.

Considerando o exposto, a presente pesquisa foi realizada em um centro de tratamento oncológico localizado no sul do ES com foco no CCR. A decisão de estudar o CCR baseou-se no fato desse tipo de câncer ser de alta incidência, figurando em terceiro tipo de câncer mais comum na maioria dos países, principalmente nos mais desenvolvidos, e de alta mortalidade, especialmente entre homens negros e de baixo nível socioeconômico.

A pesquisa teve como objetivo avaliar a influência da Lei dos 60 dias no início do tratamento oncológico de pacientes com CCR atendidos no HECI e responder as seguintes perguntas: Os pacientes foram tratados de maneira tempestiva, ou seja, receberam o primeiro tratamento oncológico em até 60 dias? Existem variáveis capazes de identificar pacientes com maior probabilidade de receber o primeiro tratamento oncológico em até 60 dias? Os pacientes chegaram ao HECI para tratamento oncológico com doença inicial ou doença avançada?

Após análise dos registros dos 585 pacientes incluídos, concluiu-se que a maioria foi do sexo masculino, 53%, e a idade média de 62 anos, semelhante ao que se observa na média mundial. Destes 585 pacientes, 71% receberam o primeiro tratamento oncológico em até 60 dias. Isto significa dizer que quase um terço dos pacientes não receberam tratamento oncológico de maneira tempestiva, em até 60 dias, e consideramos este número elevado. Quando analisamos o início do primeiro tratamento oncológico de acordo com as variáveis do estudo, foi possível demonstrar que, pacientes com idade  $\leq 50$  anos e os pacientes com tumor localizado no cólon (CID C18 e C19) tiveram maior probabilidade de receber o primeiro tratamento em período de até 60 dias. As possíveis justificativas para este achado são:

a) Os mais jovens têm menor dependência para a busca de serviços de saúde no que se refere a capacidade de locomoção e busca de atendimento de saúde, já com o avançar da idade, as pessoas passam a ficar mais dependentes de familiares para agendamento de consultas e de transporte que, muitas vezes, é realizado pelos serviços de saúde com agendamento prévio ou o transporte é realizado por familiares mais jovens, filhos e netos, ou até mesmo vizinhos e amigos;

b) Os mais jovens, com maior acesso a informações em mídias sociais, têm maior conhecimento para compreensão da doença e reconhecer sintomas e sinais suspeitos de CCR e, por consequência, a necessidade de atendimento médico, ao contrário, entre os pacientes com idade mais avançada é comum o relato destes esconderem os sintomas para não preocupar os demais membros da família e não deixar de trabalhar, ignorando a gravidade e o agravamento da doença;

c) Os mais jovens usualmente têm menos comorbidades e, conseqüentemente, o preparo para uma cirurgia eletiva é mais rápido, bastando, na maioria das vezes, realização dos exames pré-operatórios e uma consulta com anestesista e cardiologista. Ao contrário, pacientes com idade mais avançada, muitas vezes necessitam de exames adicionais e mais complexos na sua avaliação pré-operatória, como ecocardiódoppler e teste ergométrico, aumentando este tempo para início do tratamento.

Pacientes com tumores localizados no cólon necessitam de menos exames complementares e menos profissionais envolvidos para a tomada de decisões sobre o primeiro tratamento em comparação com os tumores do reto. Muitas vezes o

tratamento do câncer de cólon é decidido e realizado apenas pelo cirurgião ao passo que na neoplasia do reto, CID C20, é necessária avaliação do cirurgião, oncologista e radioterapeuta, na maioria dos casos. No câncer do reto também precisamos de mais exames complementares, como a ressonância magnética da pelve para estadiamento loco regional e uma tomografia computadorizada para planejamento radioterápico nos casos em que está indicado tratamento neoadjuvante com radioterapia, diferente do câncer de cólon que não precisa destes exames de estadiamento e planejamento de tratamento, o que justificaria a diferença de início de tratamento entre cólon e reto.

Os motivos que levam pacientes a não receberem o primeiro tratamento são multifatoriais, mas na prática devemos dividir este tempo, diagnóstico anatomopatológico e o primeiro tratamento oncológico, em dois períodos distintos: o período entre o diagnóstico anatomopatológico e a consulta com especialista do UNACON e o período entre a consulta com especialista do UNACON e o primeiro tratamento oncológico, porque as ações para diminuir o tempo destes períodos são distintas. No primeiro, as ações precisam ser feitas juntos às Unidades de Saúde que fazem o agendamento de consultas no UNACON e aumentando a oferta de consultas pelo UNACON. No segundo período as ações devem ser internamente no UNACON, dando celeridade ao processo.

Buscando melhorar estes resultados, o UNACON do HECI já aumentou a oferta de consultas e atualmente não apresenta fila de espera para consulta, sendo aceito período máximo de 15 dias para agendamento de primeira consulta. Também realizaram-se reuniões internas com os principais envolvidos no tratamento oncológico para dar maior celeridade no processo interno (exames, consultas com outros especialistas) a fim de encurtar o segundo período entre a consulta com especialista e primeiro tratamento oncológico.

Em relação ao estágio na ocasião do diagnóstico, apenas 8% dos pacientes foram diagnosticados no estágio 1 da doença, diagnóstico precoce, e 60% dos pacientes foram diagnosticados nos estágios 3 e 4 somados, diagnóstico tardio. Estes dados nos alertam que precisamos implementar urgentemente estratégias de diagnóstico precoce e prevenção secundária, para reduzir o impacto negativo do CCR na população sul capixaba. O CCR é uma neoplasia que permite, através de métodos de

rastreamento mundialmente comprovados (PSOF, colonoscopia e a retossigmoidoscopia), o diagnóstico na fase pré-maligna (adenomas) e na fase inicial da doença, permitindo uma redução da incidência e da mortalidade.

Por se tratar de uma pesquisa que coletou dados da ficha do RHC, encontramos algumas limitações, como por exemplo: incompletude de dados; algumas informações relevantes ainda ficaram sem resposta porque não fazem parte dos dados presentes na ficha do RHC, como peso e altura para cálculo do IMC (obesidade), os dados de tabagismo e etilismo presentes da ficha do RHC não são capazes de discernir sobre tempo de consumo e quantidade diária consumida; a falta de informações detalhadas sobre história familiar não nos permite identificar pacientes com maior probabilidade de ter CCR hereditário, como a síndrome de Lynch (HNPCC) e a polipose familiar. Entretanto, permitiu responder ao questionamento sobre o objetivo principal do estudo, identificar o percentual de pacientes atendidos dentro da Lei dos 60 dias e ainda possibilitou identificar dois grupos (idade  $\leq$  50 anos e localização do tumor no cólon) de pacientes com maior probabilidade de receberem o primeiro tratamento dentro dos 60 dias.

Para o futuro, ações de Políticas Públicas amplas no combate do CCR são esperadas, além de ações locais, na macrorregião sul capixaba e no centro de oncologia do HECl.

Do ponto de vista de Políticas Públicas, quando se discute estratégias para redução do impacto negativo na saúde de uma população por neoplasia maligna, sabe-se que nem toda neoplasia maligna possui fatores de risco modificáveis bem definidos para elaboração de uma estratégia de prevenção primária e tampouco métodos que permitam diagnóstico na fase inicial ou pré-maligna, prevenção secundária. No caso do CCR, estamos diante de uma neoplasia maligna que possui fatores de risco modificáveis bem definidos e possuímos métodos diagnósticos de baixo custo e amplamente acessíveis, sendo um modelo ideal para elaboração de uma estratégia organizada para prevenção primária (combate ao tabagismo, a redução do consumo de alimentos processados, carne vermelha e o combate à obesidade e sedentarismo) e secundária (PSOF, colonoscopia, retossigmoidoscopia de maneira isolada ou combinada).

Como um desdobramento secundário, mas não menos importante, os resultados desta pesquisa serão apresentados para os secretários de saúde que compõem a macrorregião sul capixaba, com o objetivo de traçar estratégias conjuntas e melhorar o acesso dos pacientes ao centro de tratamento oncológico. Para atender este objetivo será enviado ofício em nome da Direção Técnica do HECI para o Superintendente Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim, que representa esta macrorregião, solicitando reunião com todos os secretários.

Após firmado o diagnóstico de neoplasia é que se passa a contar o período de 60 dias, conforme estabelecido em Lei. Este período, com exceção dos casos que fazem o diagnóstico dentro do centro de oncologia, é dividido em outros 2 tempos: o tempo entre o diagnóstico e a consulta com o especialista no centro de oncologia e o tempo entre a consulta com o especialista e o primeiro tratamento. Com intuito de reduzir o primeiro tempo entre o diagnóstico e a consulta no HECI, são realizadas reuniões com os principais envolvidos no tratamento oncológico, expondo a necessidade de ter-se celeridade no agendamento de consultas e com isso esgotarmos a fila de consultas. Esta iniciativa também surte efeito na celeridade da realização de métodos de estadiamento, consultas com especialistas, disponibilidade de leitos e de salas cirúrgicas para diminuir ao máximo o tempo entre a primeira consulta com o especialista e o primeiro tratamento oncológico.

Por fim, já se encontra em articulação com governantes a ampliação na oferta de leitos na macrorregião sul capixaba para pacientes oncológicos através da construção de uma unidade exclusiva para tratamento oncológico em Cachoeiro de Itapemirim, o Hospital do Câncer do HECI.

Do ponto de vista científico, está planejado uma nova análise de dados, daqui 5 a 10 anos, para avaliar o impacto das ações planejadas no acesso ao tratamento oncológico dos pacientes atendidos no HECI.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3.ed. Itapevi: AC Farmacêutica, 2009. 85 p.

ARAUJO NETO, L.A.; TEIXEIRA, L.A. De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. **Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Cienc. Hum.** Belém, v. 12, n. 1, p. 173-188. Jan./abr.2017.

BARRETO, E. M. S. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 267-275. Jul./Set.2005.

BEATON, C. *et al.* Systematic review and meta-analysis of histopathological factors influencing the risk of lymph node metastasis in early colorectal cancer. **Colorectal Dis.** v. 15, n. 7, p. 788-797. Jul./2013.

BEN, Q. *et al.* Body mass index increases risk for colorectal adenomas based on meta-analysis. **Gastroenterology**. Amsterdã, v. 142, n. 4, p. 762-772. Apr./2012.

BOSMAN, F. T. *et al.* **WHO classification of tumours of the digestive system**, vol. 3. 4th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2010. 418 p.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Nº 34.596, de 16 de novembro de 1953**. Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde, criado pela Lei de nº 1.920, de 25 de julho de 1953, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de novembro de 1953, Seção I, p. 19803.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990, Seção I, p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 170, de 20 de dezembro de 1993**. Estabelece normas para credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade em câncer. Diário Oficial da União. Brasília, 1993, n. 3352900, Seção I, p. 19753.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 3535, de 2 de setembro de 1998**. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Diário Oficial da União. Brasília, 1998, n. 3535200, Seção I, p. 75.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2439, de 09 de dezembro de 2005**. Institui a política nacional de atenção oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União. Brasília, 2005, n. 4017830, Seção I, p. 80.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 287, de 24 de abril de 2006.** Determina que o pagamento dos procedimentos referentes à citopatologia: exame citopatológico cérvico-vaginal e microflora (código 12.011.01-0), histopatologia: exame anátomo patológico do colo uterino (código 12012.03-3) e o monitoramento externo da qualidade, através do exame citopatológico cérvico-vaginal e microflora (código 12.011.01-0) ficará vinculado à prestação de informações necessárias ao acompanhamento e avaliação das atividades de controle do câncer de colo do útero no Brasil, por intermédio de BPA em meio magnético, gerado exclusivamente pelo sistema definido nesta portaria. Diário Oficial da União. Brasília, 2006a, n. 4020354, Seção I, p. 56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2006b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//situacao-cancer-brasil.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 779, de 31 de dezembro de 2008.** Define como sistema de informação oficial do ministério da saúde, a ser utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos relacionados ao rastreamento e a confirmação diagnóstica do câncer de mama, o sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA). Diário Oficial da União. Brasília, 2008, n. 4040914, Seção I, p. 38.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 366, de 30 de junho de 2011.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, para tornar explícito que a gratuidade é um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) e para vedar a cobrança, por parte das unidades da rede própria do SUS, pela execução de ações de saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Lei ordinária nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União. Brasília, 2012, Seção I, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3394, de 30 de dezembro de 2013.** Institui o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2013a, n. 4078232, Seção I, p. 57.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria PRT/MS nº 874, de 16 de maio de 2013.** Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2013b, n. 4074929, Seção I, p. 129.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria PRT/MS nº 876, de 16 de maio de 2013.** Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a

respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2013c, n. 4074931, Seção I, p. 135.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. 1. ed.1. Reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 140, de 28 de fevereiro de 2014**. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2014a, n. 4078537, Seção I, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.220, de 3 de junho de 2014**. Altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2014b, Seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos De Encaminhamento da Atenção Básica Para a Atenção Especializada - Proctologia**. 1ed. v. 7. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 17 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de Saúde. **Estatísticas de Mortalidade** [Internet]. Brasília: 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>. Acesso em: 19 jan. 2021.

BRAY, Freddie *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**. v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

CANTÃO, B. C. G. *et al.* Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer Atendidos na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia Dr. Vitor Moutinho no Município de Tucuruí-PA. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 3, p. 16410-16429, mar. 2020.

CENTELLES, J. J. General aspects of colorectal cancer. **ISRN Oncol.** London, v. 2012, n. 139268, p. 1-19. Nov.2012.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite - CIB/SUS-ES. **Resolução nº 014-2015**. Aprova o Plano de Atenção Oncológica, do Estado do Espírito Santo. Vitória: SESA, 03 de março de 2015. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202015/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20014-2015.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2020.

ESTAPÉ, T. Cancer in the Elderly: Challenges and Barriers. **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing**. Mumbai, v. 5, n. 1, p. 40-42. Jan./Mar.2018.

FEARON, E. Molecular Genetics of Colorectal Cancer. **Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease**. Rotterdam, v. 6, p. 479-507. Feb.2011.

GERSTEN, O.; WILMOTH, J. R. The Cancer Transition in Japan since 1951. **Demographic Research**. Rostock, v. 7, n. 5, p. 271-306. Aug.2002.

GLOBOCAN. **Estimated age-standardized incidence rates (world) in 2020, all cancers, both sexes, all ages**. 2020. Disponível em: <https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data>. Acesso em: 3 jul. 2021.

HANNA, T. P. *et al.* Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. **BMJ**. London, v. 371, m4087, p. 1-11. Nov. 2020.

HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM (HECI). **Relatório de Atividades 2018**. Cachoeiro de Itapemirim: HECI, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010: sinopse do Município de Cachoeiro de Itapemirim/ Espírito Santo**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/cachoeiro-de-itapemirim/pesquisa/23/25207?tipo=ranking>. Acesso em: 10 jun. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil** [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho** [Internet]. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2013a. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_vigilancia\\_cancer\\_relacionado\\_2ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_vigilancia_cancer_relacionado_2ed.pdf). Acesso em: 20 jan. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Sistema de Informação do Câncer - Manual preliminar para apoio à implantação** [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2013b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil** [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: [http://www.oncoguia.org.br/pub//10\\_advocacy/Estimativas\\_INCA.pdf](http://www.oncoguia.org.br/pub//10_advocacy/Estimativas_INCA.pdf). Acesso em: 21 jan. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras**. Brasília: PNUD: IPEA: FJP, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6217/1/Desenvolvimento%20humano%20nas%20macrorregi%C3%B5es%20brasileiras.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil** [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 01 fev. 2020.

KAMINSKY, M. F. *et al.* Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. **N Engl J Med.** London, v. 362, n. 19, p. 1795-1803. May 2010.

KAPUCU, S.; BULUT, H. D. Nursing Students' Perspectives on Assisting Cancer Patients. **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing.** Mumbai, v. 5, n. 1, p. 99-106. Jan./Mar.2018.

KUBISCH, C. H. *et al.* Screening for Colorectal Cancer Is Associated with Lower Disease Stage: A Population-Based Study. **Clinical Gastroenterology and Hepatology.** São Paulo, v. 14, n. 11, p. 1612-1618e3. nov./2016.

LAGHI, L.; MALESCI, A. Microsatellite instability and therapeutic consequences in colorectal cancer. **Dig Dis.** Basel, v. 30, n. 3, p. 304-309. 2012.

LIANG, P. S.; CHEN, T.; GIOVANNUCCI, E. Cigarette smoking and colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis. **Int J Cancer.** v. 124, n. 10, p. 2406-2415. May. /2009.

LIEBERMAN, D. A. *et al.* Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. **Gastroenterology.** Amsterdã, v. 143, n. 3, p. 844-857. Sep./2012.

LIMA, M. A. N. **Fatores associados ao tempo para o início do tratamento de câncer de cólon e reto no Brasil (2006-2015).** 2019. 109 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

MEDEIROS, G. C. *et al.* Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1269-1282, jun./2015.

MORENO, C. C. *et al.* Colorectal Cancer Initial Diagnosis: Screening Colonoscopy, Diagnostic Colonoscopy, or Emergent Surgery, and Tumor Stage and Size at Initial Presentation. **Clinical Colorectal Cancer.** New York, v. 15, n. 1, p. 67-73. Mar./2016.

MORIN, P. T. *et al.* Bases genéticas del cáncer. In: KASPER, D.; FAUCI, A.; HAUSER, S.; LONGO, D.; JAMESON, J.; LOSCALZO, J. (Eds). **Harrison. Princípios de Medicina Interna.** 19 ed. Nova York: McGraw-Hill, 2015. 3000 p. Disponível em: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717&sectionid=114914423>. Acesso em: 22 fev. 2021.

NAM, S. Y. *et al.* Abdominal visceral adipose tissue predicts risk of colorectal adenoma in both sexes. **Clin Gastroenterol Hepatol**. Philadelphia, v. 8, n. 5, p. 443-450, e. 1-2. May. /2010.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NIH). **Cancer Stat Facts: Colorectal Cancer**. Washington, D.C.: NIH, 2020. Disponível em: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html>. Acesso em: 22 fev. 2021.

NEAL, R. D. *et al.* Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. **British Journal of Cancer**. London, v. 112, Suppl. 1, S92-S107, 2015.

NGUYEN, S. P. *et al.* Gender as a risk factor for advanced neoplasia and colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. **Clin Gastroenterol Hepatol**. Philadelphia, v. 7, n. 6, p. 676-681, e. 1-3. Jun. 2009.

OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA. Metadados. São Paulo: Observatório de Oncologia, 2015. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/#inicio>. Acesso em: 20 jan. 2021.

O'BRIEN, M. J. *et al.* The National Polyp Study. Patient and polyp characteristics associated with high-grade dysplasia in colorectal adenomas. **Gastroenterology**. Amsterdã, v. 98, n. 2, p. 371-379. Feb. 1990.

OLIVEIRA, M. M. *et al.* Disparidades na mortalidade de câncer colorretal nos estados brasileiros. **Rev. Bras. Epidemiol**. São Paulo, v. 21, e180012, 2018.

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde. **Folha informativa – Câncer**. Brasília: OPAS/OMS Brasil, 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094). Acesso em: 25 abr. 2020.

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde. **Câncer**. Brasília: OPAS/OMS Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>. Acesso em: 15 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10**. Décima revisão. Trad. Do Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Health Indicators - Conceptual and operational considerations**. Washington, D.C.: PAHO, 2018. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49056/09789275120057\\_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49056/09789275120057_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y). Acesso em: 25 jan. 2021.

PDR. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde** – Espírito Santo [Internet]. Espírito Santo: Secretaria Estadual de Saúde; 2011. Disponível em:

[https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/PDR\\_PlanoDir%20deRegionalizacao\\_ES\\_2011.pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/PDR_PlanoDir%20deRegionalizacao_ES_2011.pdf). Acesso em: 25 jan. 2020.

PONTES, R. J. S. *et al.* Transição Demográfica e Epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. (Org.). **Epidemiologia**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 6, p. 123-151.

SAAD-HOSSNE R. *et al.* Estudo retrospectivo de pacientes portadores de câncer colorretal atendidos na Faculdade de Medicina de Botucatu no período de 2000-2003. **Rev bras Coloproct**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 31-37. jan./Mar.2005.

SIEGEL, R. L.; MILLER, K. D.; JEMAL, A. Cancer Statistics, 2020. **CA Cancer J Clin**. New York, v. 70, n. 1, p. 7-30. Jan./Feb.2020.

SILVA, M. J. S. *et al.* Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a Criação do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 63, n. 3, p. 177-187, 2017.

SILVA, M. M.; SILVA, V. H. Envelhecimento: importante fator de risco para o câncer. **Arq. méd. ABC**. Santo André, v. 30, n. 1, p. 11-18. jan./jul.2005.

SOUZA, C. B. *et al.* Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3805-3816, Dec. 2015.

STEGEMAN, I. *et al.* Participation, yield, and interval carcinomas in three rounds of biennial FIT-based colorectal cancer screening. **Cancer Epidemiology**. Amsterdã, v. 39, n. 3, p. 388-393. Jun.2015.

SUDOYO, A. W. *et al.* Detection rate of colorectal adenoma or cancer in unselected colonoscopy patients: Indonesian experience in a private hospital. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP**. Daejeon, v. 15, n. 22, p. 9801-9804.2014.

TEIXEIRA, A. V. Pólipos e Cancro do Cólon e Recto. **Arq Med**. Porto, v. 23, n. 6, p. 209-216. Nov.2009a.

TEIXEIRA, L. A. O câncer na mira da medicina brasileira. **Revista Brasileira de História da Ciência**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 104-117. Jan./jun.2009b.

TEIXEIRA, L.A.; FONSECA, C. O. **De Doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.172 p.

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M.; HABIB, P. A. B. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Cad. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-380. 2012.

TOBACCO SMOKING. Tabaco Smoking Monography. **IARC MONOGRAPHS – 100E**, 1986.

VALLE, T. D.; TURRINI, R. N. T.; POVEDA, V. B. Fatores intervenientes para o início do tratamento de pacientes com câncer de estômago e colorretal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 25, e2879, p. 1-9, 2017.

VILAR, E.; GRUBER, S. B. Microsatellite instability in colorectal cancer - the stable evidence. **Nat Rev Clin Oncol**. London, v. 7, n. 3, p. 153-162. Mar./2010.

WHO - World Health Organization. **Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018** [Internet]. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: [https://iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/09/pr263\\_E.pdf](https://iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/09/pr263_E.pdf). Acesso em: 25 jan. 2021.

WILEY-LISS; UICC International Union Against Cancer. **TNM Classification of Malignant Tumors**. Eighth Edition. New York; 2016.

WIEGERING A. et al. Improved survival of patients with colon cancer detected by screening colonoscopy. **International Journal of Colorectal Disease**. North Carolina, v. 31, p. 1039-1045. 2016.

WOLIN, K. Y.; YAN, Y.; COLDITZ, G, A. Physical activity and risk of colon adenoma: a meta-analysis. **Br J Cancer**. London, v. 104, n. 5, p. 882-885. Mar./2011.

WU, S. *et al.* Substantial contribution of extrinsic risk factors to cancer development. **Nature**. London, v. 529, p. 43-47. Jan./2016.

WÜNSCH FILHO, V.; MONCAU, J.E. Mortalidade Por Câncer No Brasil 1980-1995: Padrões Regionais E Tendências Temporais. **Rev Assoc Med Bras**. São Paulo, v. 48, n. 3, p. 250-257. 2002.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Flowchart dos casos selecionados



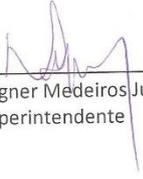
**APÊNDICE B - Ficha de coleta de dados**

<b>Ficha de Coleta de Dados</b>	
<b>Dados de Identificação</b>	
Código do paciente no SISRHC:	
Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	
Data de nascimento:	Idade na primeira consulta: <input type="checkbox"/> anos
Procedência:	
Grau de Instrução: <input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> fundamental incompleto <input type="checkbox"/> fundamental completo <input type="checkbox"/> ensino médio <input type="checkbox"/> ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> ensino superior completo <input type="checkbox"/> sem informação	
Ocupação principal:	
Raça: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> preta <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> sem informação	
Histórico de consumo de bebida alcoólica: <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> ex-consumidor <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não avaliado <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> sem informação	
Histórico de consumo de tabaco: <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> ex-consumidor <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não avaliado <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> sem informação	
<b>Dados da neoplasia</b>	
Localização do tumor (CID):	
Estadiamento (TNM): T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> EC <input type="checkbox"/>	
Data do diagnóstico anatomopatológico:	
Data da primeira consulta com especialista do HECI:	
Tempo de acesso em dias do primeiro tratamento oncológico	

**APÊNDICE C - Carta de anuência do HECI****CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

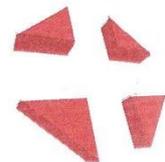
O Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, colaborador do projeto de pesquisa intitulado **“COMO ESTÁ O ACESSO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA REGIÃO SUL-CAPIXABA”**, autoriza o colaborador do projeto, Dr. José Zago Pulido, a fazer a coleta de dados retrospectivos do Sistema de Informação de Saúde – SISRHC desta Instituição no período de 2010 a 2017, a partir da coleta de informações do RHC (Registro Hospitalar de Câncer) deste hospital, com isenção de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Hospital autoriza ainda, o acesso aos prontuários e todos os resultados dos exames da paciente em questão, desde que o pesquisador se comprometa, através do Termo de Sigilo, manter total segredo sobre a identidade da paciente.

Cachoeiro de Itapemirim, 05 de novembro de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
Econ. Wagner Medeiros Júnior  
Superintendente

Rua Anacleto Ramos, 55 - Bairro Ferroviários - Fone: (28) 3526-6166  
CEP: 29308-020 - Cachoeiro de Itapemirim - Espírito Santo

Cód. 1695





**ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO**

31 - CLÍNICA DO INÍCIO DE TRATAMENTO NO HOSPITAL

1-  2-

32 - DATA DO INÍCIO DO PRIMEIRO TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA O TUMOR, NO HOSPITAL

33 - PRINCIPAL RAZÃO PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO NO HOSPITAL

- 1- Recusa do tratamento
- 2- Tratamento realizado fora
- 3- Doença avançada, falta de condições clínicas ou = outras doenças associadas
- 4- Abandono do tratamento
- 5- Complicações de tratamento
- 6- Óbito
- 7- Outras razões
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

34 - PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL

- 1- Nenhum
- 2- Cirurgia
- 3- Radioterapia
- 4- Quimioterapia
- 5- Hormonioterapia
- 6- Transplante de medula óssea
- 7- Imunoterapia
- 8- Outras
- 9- Sem informação

35 - ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO PRIMEIRO TRATAMENTO NO HOSPITAL

- 1- Sem evidência da doença (remissão completa)
- 2- Remissão parcial
- 3- Doença estável
- 4- Doença em progressão
- 5- Suporte terapêutico oncológico
- 6- Óbito
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

36 - DATA DO ÓBITO DO PACIENTE

- 37 - ÓBITO POR CÂNCER
- 1- Sim
  - 2- Não
  - 9- Ignorado

**ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO**

38 - CASO ANALÍTICO

- 1- Sim
- 2- Não

39 - INDICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE SEGUIMENTO

- 1- Sim
- 2- Não

**ITEM DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR**

40 - CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

**ITENS OPCIONAIS**

41 - ESTADO CONJUGAL ATUAL

- 1- Solteiro
- 2- Casado
- 3- Viúvo
- 4- Separado judicialmente
- 5- União consensual
- 9- Sem informação

42 - DATA DA TRIAGEM

43 - HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Sem informação

44 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA

- 1- Nunca
- 2- Ex-consumidor
- 3- Sim
- 4- Não avaliado
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

45 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE TABACO

- 1- Nunca
- 2- Ex-consumidor
- 3- Sim
- 4- Não avaliado
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

46 - ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

- 1- SUS
- 2- Não SUS
- 3- Veio por conta própria
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

47 - CLÍNICA DE ENTRADA DO PACIENTE NO HOSPITAL

48 - EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR

- 1- Exame clínico e patologia clínica
- 2- Exames por imagem
- 3- Endoscopia e cirurgia exploradora
- 4- Anatomia patológica
- 5- Marcadores tumorais
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

49 - LOCALIZAÇÃO PROVÁVEL DO TUMOR PRIMÁRIO

50 - LATERALIDADE DO TUMOR

- 1- Direita
- 2- Esquerda
- 3- Bilateral
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

51 - OCORRÊNCIA DE MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO

- 1- Não
- 2- Sim
- 3- Duvidoso

52 - CUSTEIO DO DIAGNÓSTICO DO TUMOR NO HOSPITAL

- 1- Público (SUS)
- 2- Plano de saúde
- 3- Particular
- 4- Outros
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

53 - CUSTEIO DO TRATAMENTO DO TUMOR NO HOSPITAL

- 1- Público (SUS)
- 2- Plano de saúde
- 3- Particular
- 4- Outros
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

54 - CAUSA BÁSICA DA MORTE DO PACIENTE

**ITENS COMPLEMENTARES**

COMPLEMENTAR 1

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 2

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 3

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 4

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

**ITENS COMPLEMENTARES**

COMPLEMENTAR 5

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 6

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 7

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

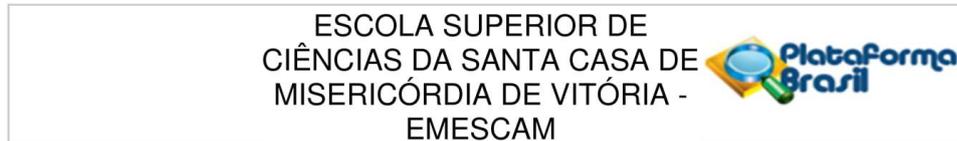
DATA COMPLEMENTAR 1

DATA COMPLEMENTAR 2

DATA COMPLEMENTAR 3



## ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ACESSO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA REGIÃO SUL-CAPIXABA

**Pesquisador:** jose zago pulido

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 26490719.9.0000.5065

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.760.959

#### Apresentação do Projeto:

Acesso ao Tratamento Oncológico de Pacientes em Hospital de Referência da Região Sul Capixaba

Esse presente estudo visa avaliar como está o acesso ao tratamento no hospital de referência da região sul-capixaba. Trata-se de uma pesquisa aplicada, explicativa e quantitativa, que se realizará em três momentos:

- a. No primeiro momento será realizado uma revisão bibliográfica utilizando as seguintes fontes de busca: Pubmed, LILACS, MedLine. As palavras chaves (descritores) utilizadas foram: [Neoplasm, Epidemiology, Delayed Diagnosis, Health Services, Time to Treatment, Public Policy] e o período de busca de 1988 até 2019. Serão selecionados artigos publicados na língua inglesa e portuguesa.
- b. No segundo momento, efetuaremos uma classificação dos principais documentos, leis, portarias, decretos e normas relacionados à Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização da análise.
- c. No terceiro momento será realizado um estudo transversal com coleta de dados retrospectivos que são de domínio público do Sistema de Informação de Saúde – SISRH do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI) no período de 2010 a 2018.

<b>Endereço:</b> EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa			
<b>Bairro:</b> Bairro Santa Luiza	<b>CEP:</b> 29.045-402		
<b>UF:</b> ES	<b>Município:</b> VITORIA		
<b>Telefone:</b> (27)3334-3586	<b>Fax:</b> (27)3334-3586	<b>E-mail:</b> comite.etica@emescam.br	

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.760.959

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVOS**

**OBJETIVO GERAL:**

Analisar o acesso de pacientes com diferentes tipos de câncer que buscam atendimento em hospital de referência para tratamento na região sul-capixaba.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- a) Caracterizar o perfil demográfico dos pacientes com câncer tratados em serviço de referência na região sul-capixaba;
- b) Identificar a prevalência dos diferentes tipos de câncer atendidos em serviço de referência na região sul-capixaba;
- c) Conhecer o estadiamento dos diferentes tipos de câncer atendidos e tratados em serviço de referência na região sul-capixaba;
- d) Verificar os tempos médios entre o diagnóstico de neoplasia maligna e a primeira consulta com especialista (tempo 1), entre a primeira consulta com especialista e o início do tratamento (tempo 2) e entre a data do diagnóstico e o primeiro tratamento oncológico (tempo 3) dos diferentes tipos de câncer atendidos em serviço de referência na região sul-capixaba;
- e) Verificar a influência da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no acesso ao primeiro tratamento oncológico;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

O risco da pesquisa é mínimo uma vez que será realizado consulta de dados do registro hospitalar de câncer da instituição.

**Benefícios:**

Espera-se com esta pesquisa encontrar resultados que permitam avaliar se o acesso ao tratamento oncológico na instituição selecionada está atendendo as normativas vigentes na república federativa do Brasil, com ênfase na Lei dos 60 dias.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante por se tratar de câncer, uma doença com alto índice de mortalidade global,

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 3.760.959

sendo a segunda causa de morte por doença no mundo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos apresentados estão de acordo com a Resolução 466/12.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto retirado por decisão do CEP. Por se tratar de estudo com coleta de informações em banco de dados de domínio público entende-se que dispensa a apreciação por comitê de ética em pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1435496.pdf	02/12/2019 18:02:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PEDIDO_DE_ISENCAO_DE_TERMOS_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESC_LARECIDO.pdf	02/12/2019 18:02:15	jose zago pulido	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PEDIDO_DE_ISENCAO_DE_TERMOS_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESC_LARECIDO.docx	02/12/2019 18:00:16	jose zago pulido	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_guarda_chuva.docx	02/12/2019 17:59:59	jose zago pulido	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_guarda_chuva.pdf	02/12/2019 17:59:49	jose zago pulido	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_autorizacao_HECI.docx	02/12/2019 17:59:27	jose zago pulido	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_autorizacao_HECI.jpg	02/12/2019 17:59:18	jose zago pulido	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_ACESSO.pdf	02/12/2019 17:58:11	jose zago pulido	Aceito

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.760.959

**Situação do Parecer:**

Retirado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITORIA, 11 de Dezembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br