

Tempo máximo para o início do tratamento do câncer de boca no Brasil após a publicação da legislação de 2012: tendência no período 2013-2019

Timeframe for initiating oral cancer treatment in Brazil since approval of new legislation in 2012: time trend, 2013-2019

Tiempo máximo para el inicio del tratamiento del cáncer de boca en Brasil tras la publicación de la legislación de 2012: tendencia en el período 2013-2019

Mary Anne de Souza Alves França ¹
Newillames Gonçalves Nery ²
José Leopoldo Ferreira Antunes ³
Maria do Carmo Matias Freire ¹

doi: 10.1590/0102-311X00293220

Resumo

O estudo buscou investigar se o tempo máximo de demora (60 dias) para o início do tratamento dos pacientes com câncer de boca a partir do diagnóstico, previsto na Lei Federal nº 12.732/2012, foi alcançado no Brasil no período de 2013-2019 e descrever a tendência do número de casos que iniciaram o tratamento no tempo máximo. Realizou-se um estudo de séries temporais utilizando dados dos tratamentos (N = 37.417) do Painel-Oncologia, disponível no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), segundo região de residência dos pacientes. Para análise da tendência executou-se a regressão de Prais-Winsten. Nos anos 2018 e 2019 foram observados percentuais mais elevados para os tratamentos em até 60 dias, sendo mais acentuado no intervalo de até 30 dias. Em 2019, 61,5% dos tratamentos iniciaram em até 60 dias, com maiores proporções nas regiões Sul (71,3%), Sudeste (60,1%) e Centro-oeste (59,1%). A tendência temporal da categoria 0-60 dias foi crescente na Região Norte, com variação percentual anual (VPA) de 15,7% e estacionária nas demais regiões e para o Brasil. A tendência do tempo de 0-30 dias foi crescente apenas para as regiões Norte e Nordeste, com VPA de 29,75% e 20,56%, respectivamente. Conclui-se que a partir de 2018 houve um maior número de casos que iniciaram o tratamento do câncer de boca no tempo de demora, conforme previsto na Lei nº 12.732/2012 (até 60 dias), com diferenças regionais e tendência estacionária na maioria das regiões e no Brasil. O alcance parcial da meta, o predomínio da tendência estacionária e as desigualdades regionais indicam a necessidade de continuar monitorando o tempo de demora para o início do tratamento do câncer no país e intensificar esforços para garantir o cuidado em saúde.

Tempo para o Tratamento; Acesso aos Serviços de Saúde; Neoplasias Bucais

Correspondência

M. A. S. A. França
Rua 135 245, apt. 2903, Goiânia, GO 74180-020, Brasil.
maryanneufg@gmail.com

¹ Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Brasil.

² Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Goiás, Brasil.

³ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Saúde Paulo, Brasil.



Introdução

O câncer é um problema de saúde pública com crescente incidência e constitui uma das principais causas de mortalidade em todo o mundo ¹. O câncer de boca está entre os tumores malignos que afetam a cabeça e o pescoço, sendo caracterizado por diferentes perfis histológicos e fatores de risco ².

O diagnóstico precoce e acurado, assim como o atendimento em tempo oportuno são fundamentais no cuidado prestado aos indivíduos acometidos pelo câncer de boca, podendo ter impacto efetivo na redução da mortalidade e da morbidade ³. Uma revisão sistemática de estudos observacionais identificou que o diagnóstico tardio em pacientes com câncer de boca, considerando-se o atraso superior a um mês do momento em que o paciente percebeu o primeiro sinal ou sintoma e o diagnóstico definitivo, incide em maior probabilidade de ocorrerem estágios avançados da doença ⁴. O atraso no início do tratamento de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, incluindo o câncer de boca, tempo superior a 60 dias, afeta em 26% a sobrevida dos indivíduos quando comparado com o tempo inferior a 30 dias ⁵, resultando em aumento do risco de óbitos ⁶. Estudos anteriores mostram ainda que o risco de morte nos tempos de demora para o início do tratamento de 61 a 90 dias e mais de 90 dias foram maiores quando comparados com o tempo entre 0 a 30 dias, correspondendo a risco relativo – RR = 1,08 (1,03 a 1,13) e 1,23 (1,15 a 1,32), respectivamente ⁶. Uma pesquisa realizada com dados do Sistema Nacional de Informações de Registros Hospitalares do Câncer (SisRHC), no período de 2005 a 2014, revelou que, no Brasil, o estadiamento do câncer de boca mais frequente foi o IV (62,24%) e que, em todas as regiões brasileiras, esse percentual foi acima de 50% ⁷.

Um aspecto importante para a compreensão dos fatores que podem influenciar o tempo de demora e os desfechos dos casos de câncer é o itinerário terapêutico dos pacientes, definido como o caminho percorrido em busca de cuidados para solução dos problemas de saúde deles ⁸. Estudos internacionais avaliaram o tempo de demora, entre os diversos pontos de atenção, no itinerário terapêutico de pacientes com câncer de boca. Em média, o tempo entre o diagnóstico confirmado e o início do tratamento do câncer de boca foi de aproximadamente três semanas nos estudos realizados em Teerã (Irã) ⁹ e em Taiwan ¹⁰. Uma revisão sistemática identificou que, para os pacientes com câncer de cabeça e pescoço, incluindo o da cavidade oral, o referido tempo de demora variou de 20 a 120 dias ⁵.

No Brasil, estima-se para o triênio 2020-2022 a ocorrência de aproximadamente 15.200 novos casos de câncer de boca, ocupando a quinta posição nos homens e a décima terceira nas mulheres ¹¹. Diversas políticas e normativas vêm sendo implementadas no país, ao longo dos anos, com o intuito de estruturar a atenção no cuidado em oncologia. Um dos amparos legais é a *Portaria nº 741/2005* ¹², do Ministério da Saúde, que define sobre a gratuidade do diagnóstico e tratamento do câncer no Sistema Único de Saúde (SUS) ¹².

Outro dispositivo é a *Lei Federal nº 12.732/2012* ¹³, que dispõe acerca dos pacientes com neoplasia maligna comprovada terem direito de se submeterem ao primeiro tratamento no prazo de até 60 dias, contados a partir do dia em que forem diagnosticados, em laudo patológico, ou em prazo menor conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. A *Portaria nº 876/2013* ¹⁴ do Ministério da Saúde considera efetivamente iniciado o primeiro tratamento quando tiver sido realizada terapia cirúrgica, ou o início de radioterapia ou de quimioterapia. Em 2014, com a publicação da *Portaria nº 1.220/2014* ¹⁵, redefine-se que o tempo de demora passa a ser contado a partir do dia em que for registrado o diagnóstico em laudo patológico.

Apoiando-se nas normativas legais que garantem direitos aos usuários com neoplasias malignas faz-se necessário identificar o impacto dessas normativas no itinerário terapêutico dos pacientes com câncer de boca dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, ou seja, verificar se o tempo máximo de demora entre o diagnóstico e o início do tratamento estabelecido está sendo cumprido no país.

Diversas pesquisas foram realizadas no Brasil com o objetivo de avaliar o tempo de demora para início do tratamento do câncer de boca ^{16,17,18,19,20,21,22}. A maioria das pesquisas foi baseada em dados locais e amostras relativamente pequenas, com resultados que variam entre 23 dias em Maceió ²⁰ e 71,1 dias no Estado de Alagoas ²¹ entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer de boca. O estudo que analisou os dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do período de 2000 a 2006 identificou que o referido tempo foi, em média, de três meses ²³. Um estudo analisou o tempo de demora para o início do tratamento, após a publicação da *Lei nº 12.732/2012*, em uma amostra de 18 casos de óbitos por câncer de boca da cidade de Olinda (Pernambuco) revelando uma média

de 47,4 dias em 2012 e 2013²². No relatório produzido com dados de janeiro de 2020 do Painel de Monitoramento de Tratamento Oncológico (Painel-Oncologia – http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def, acessado em 01/Abr/2020), que permite o monitoramento do tratamento oncológico realizado no Brasil, o percentual de pacientes que iniciou o tratamento no período superior a 60 dias variou de 59% em 2013 para 45% em 2018, porém, não foi realizada a análise de tendência temporal^{24,25}.

Na evidência científica disponível há uma lacuna no conhecimento acerca da tendência desse tempo de demora no país com base em dados de representatividade nacional, após a publicação das referidas normativas legais. Estudos sobre esta questão podem ser úteis para subsidiar o monitoramento dos resultados da medida governamental. Ademais poderão apontar se há necessidade de adequações nos serviços com vistas ao atendimento dos requisitos necessários para garantir o acesso do usuário com câncer de boca aos cuidados em saúde, no momento oportuno.

O presente estudo buscou investigar se o tempo máximo de demora (60 dias) para o início do tratamento dos indivíduos com câncer de boca a partir do diagnóstico, previsto na *Lei nº 12.732/2012*, foi alcançado no Brasil no período 2013 a 2019. Adicionalmente, buscou-se descrever a tendência do número de casos que iniciaram tratamento no tempo máximo.

Metodologia

Foi desenvolvido um estudo de séries temporais analisando-se os dados dos pacientes com câncer de boca que realizaram o tratamento no país após a publicação da *Lei nº 12.732/2012*, no período de 2013 a 2019. Foram analisados os casos de câncer de boca (códigos C00.0 – C06.9), conforme a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)²⁶, segundo a região de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste).

Os dados foram obtidos do Painel-Oncologia (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def, acessado em 01/Abr/2020), disponível no endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em informações de saúde epidemiológicas e morbidade. Esse Painel constitui uma base de dados disponibilizada em 2019 no sistema de informação nacional do SUS para monitorar a *Lei nº 12.732/2012*. Essa base de dados apresenta o número de usuários por municípios e estados que realizaram tratamento de câncer no país a partir de 2013, conforme o intervalo de tempo de demora (em dias) entre o diagnóstico confirmado e o início do tratamento.

No Painel-Oncologia é utilizado o termo “tempo tratamento” para designar o intervalo de tempo, em dias, calculado entre a data do exame diagnóstico e a data do primeiro tratamento. No presente estudo, optou-se por utilizar a denominação “tempo de demora para o início do tratamento”. Este tempo é calculado a partir da informação das datas de diagnóstico e do início do tratamento registradas nos seguintes sistemas: (a) Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), com dados oriundos do laudo médico de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC) e do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA-I); (b) Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS); e (c) Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). A data do diagnóstico confirmado é considerada a partir dos dados dos exames anatomopatológicos.

No referido Painel, os casos são registrados segundo o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e codificados conforme a CID-10 informada. A variável tempo de demora para o início do tratamento (detalhado) é disponibilizada no Painel em 15 categorias, agrupadas em três categorias para a presente análise: 0-30, 31-60 e acima de 60 dias. Por sua vez, a Nota Técnica disponível no Painel (Painel-Oncologia. http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def) assim esclarece: os casos registrados com o tempo menos de 0 (zero) dia, isto é, apresentados com sinal negativo, significam que, nos procedimentos cirúrgicos, ocorre a possibilidade de o resultado diagnóstico confirmado ser posterior ao tratamento (cirurgia).

Foram incluídos na análise os dados do tempo de demora dos usuários que realizaram o tratamento após o diagnóstico confirmado, totalizando 85,2% dos casos. Os casos com diagnóstico realizado após o início do tratamento que, no Painel, foram classificados como tempo menos de 0 (zero) dia,

e os casos sem informação de tratamento (apresentados nos anos 2018 e 2019) foram excluídos do presente estudo totalizando 2,1% e 12,7% dos casos, respectivamente.

Na análise dos dados, inicialmente foi descrito o número de casos de câncer de boca disponibilizados no Painel-Oncologia, por ano, no país e em cada região. Em seguida, o tempo de demora foi apresentado em número e porcentagem (%) de casos para cada região, de acordo com as categorias de tempo estudadas. Para verificar o alcance da medida estabelecida pela *Lei nº 12.732/2012* efetivou-se a análise de série temporal dos casos do período de 2013 a 2019, em duas etapas. Essa análise permite acompanhar o movimento da variável ao longo do tempo e identificar a sua tendência²⁷. Na primeira etapa, considerou-se o tempo de demora de 0-30 dias, para avaliação da tendência do início do tratamento o mais precoce possível. Na segunda etapa, foram definidas as seguintes categorias: 0-60 dias e acima de 60 dias, com o propósito de avaliar a tendência em relação ao tempo máximo para o início do tratamento preconizado pela legislação de 2012. Foi utilizada a análise de regressão de Prais-Winsten, que corrige a autocorrelação temporal nos resíduos de primeira ordem. A variável dependente foi o logaritmo dos valores anuais por categoria para cada região e a variável independente foi o ano da série histórica.

Para classificação das tendências como crescente, decrescente ou estacionária foi calculada a variação percentual anual (VPA) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%), baseada no estudo realizado por Antunes & Waldman²⁸. Considerou-se estacionária a tendência cujo coeficiente de regressão não foi diferente de 0 (zero) ($p > 0,05$).

O cálculo do percentual dos casos foi efetuado no programa Excel (<https://products.office.com/>) e a análise de tendência no programa Stata, versão 14 (<https://www.stata.com/>).

Resultados

No período entre 2013 e 2019 foi registrado no Painel-Oncologia um total de 37.417 tratamentos de câncer de boca no país. A Região Sudeste teve o maior número de casos e as regiões Norte e Centro-oeste apresentaram os menores números. Ao longo desse período o número de casos por ano manteve-se praticamente constante nas regiões Norte e Centro-oeste. Já no Sul houve aumento a partir de 2016 e no Nordeste e Sudeste ocorreu redução entre 2018 e 2019 (Tabela 1). Constatou-se ausência de dados na maioria dos anos analisados nos seguintes estados: Acre, Roraima e Amapá.

Em relação ao tempo de demora, a partir de 2018 houve acentuado aumento do número de casos de câncer de boca no país que iniciaram o tratamento com tempo inferior a 30 dias e redução de casos nos intervalos de 31-60 e mais de 60 dias; a maior redução foi no tempo superior a 60 dias (Tabela 2).

Tabela 1

Número e percentual de casos registrados de tratamentos de câncer de boca por ano em regiões no Brasil, de 2013 a 2019.

Ano	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-oeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2013	145	2,8	1.181	22,7	2.519	48,4	1.031	19,8	332	6,4
2014	125	2,4	1.207	23,6	2.536	49,5	981	19,1	275	5,4
2015	138	2,7	1.279	24,5	2.473	48,5	934	18,3	280	5,5
2016	156	2,9	1.294	24,5	2.535	47,9	987	18,7	320	6,0
2017	180	3,4	1.227	23,5	2.496	47,7	1.009	19,3	317	6,1
2018	198	3,2	1.463	23,5	2.834	45,5	1.349	21,7	380	6,1
2019	167	3,2	1.291	24,7	2.248	42,9	1.215	23,2	315	6,0

Fonte: Departamento de Informática do SUS. Painel-Oncologia (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def, acessado em 01/Abr/2020).

Tabela 2

Número de casos e percentual anual conforme tempo de demora (dias) para o início do tratamento do câncer de boca no Brasil, 2013 a 2019.

Ano	Tempo de demora para o início do tratamento (dias)					
	0-30		31-60		Mais de 60	
	n	%	n	%	n	%
2013	767	14,7	1.171	22,5	3.270	62,8
2014	774	15,1	1.059	20,7	3.291	64,6
2015	692	13,6	1.116	21,9	3.296	64,6
2016	762	14,4	1.117	21,1	3.413	66,5
2017	692	13,2	1.067	20,4	3.470	66,4
2018	1.868	30,0	988	15,9	3.368	54,1
2019	2.397	45,8	823	15,7	2.016	38,5

Fonte: Departamento de Informática do SUS. Painel-Oncologia (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def, acessado em 01/Abr/2020).

A distribuição anual (número e percentual) dos casos no Brasil e por região de 2013 a 2019, de acordo com as três categorias do tempo de demora (dias) para o início do tratamento do câncer de boca, encontra-se na Tabela 3. O percentual de casos em cada categoria de tempo oscilou de um ano para outro em todas as regiões e no total do país, com aumento dos casos tratados em até 60 dias e redução do tempo superior a 60 dias. As mudanças foram mais acentuadas a partir de 2018.

Entre 2013 e 2019, o aumento dos casos tratados no intervalo de tempo de 0-30 e 0-60 dias no Brasil foi de 31,1% e 24,3% respectivamente. Em 2019, 61,5% dos casos no país tiveram tratamento iniciado em até 60 dias. Também se observou que entre 2013 e 2019 o percentual de casos com início depois de 60 dias reduziu 24,3%, totalizando 38,5% em 2019.

As regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste apresentaram a maior proporção de usuários com início de tratamento no tempo até 60 dias em 2019, correspondendo a 71,3%, 60,1% e 59,1%, respectivamente (Tabela 3).

Os resultados da análise de tendência do tempo de demora ao longo dos anos encontram-se na Tabela 4. Quando a variável foi analisada com base no tempo máximo estabelecido pela legislação (60 dias), a tendência foi estacionária para o país e para as regiões, com exceção da Região Norte, que apresentou tendência crescente. Considerando o tempo de demora entre 0 e 30 dias, houve aumento apenas nas regiões Norte e Nordeste, com VPA de 29,75% e de 20,56%, respectivamente. As taxas foram estacionárias para as demais regiões e para o Brasil.

Discussão

O presente estudo buscou analisar o tempo de demora para o início do tratamento do câncer de boca no período entre 2013 e 2019 e revelou que a meta de se iniciar o referido tratamento em no máximo 60 dias, estabelecida na legislação do SUS, foi alcançada em 61% dos casos no país em 2019. A publicação da *Lei nº 12.732/2012*, que passou a vigorar em 2013, não causou impacto imediato na redução do tempo para o início do tratamento de usuários com câncer de boca no Brasil. Em 2018 e 2019 foram observados valores mais elevados de tratamentos iniciados conforme o tempo máximo preconizado na normativa, quando comparados com os anos anteriores.

Em que pese a melhoria percebida com relação ao tempo de demora para o início do tratamento em todas as regiões brasileiras nos últimos anos, quando investigadas por meio da análise de série temporal, as tendências do número de casos aferidas em até 60 dias foram estacionárias para a maioria das regiões e para o Brasil como um todo. As regiões Sudeste e Nordeste apresentaram as maiores prevalências de câncer de boca, o que pode estar relacionado à preponderante densidade demográfica

Tabela 3

Número e percentual de casos por local de residência conforme tempo de demora (dias) para o início do tratamento do câncer de boca. Brasil e regiões, de 2013 a 2019.

Região/Ano	Tempo de demora para o início do tratamento (dias)					
	0-30		0-60		Mais de 60	
	n	%	n	%	n	%
Norte						
2013	12	8,3	37	25,5	108	74,5
2014	17	13,6	35	28,0	90	72,0
2015	18	13,0	44	31,9	94	68,1
2016	17	10,9	45	28,9	111	71,2
2017	18	10,0	48	26,7	132	73,3
2018	40	20,2	69	34,9	129	65,2
2019	65	38,9	89	53,3	78	46,7
Nordeste						
2013	142	12,0	423	35,8	758	64,2
2014	155	12,8	417	34,6	790	65,5
2015	153	12,0	393	30,7	886	69,3
2016	176	13,6	449	34,7	845	65,3
2017	138	11,2	401	32,7	826	67,3
2018	372	25,4	619	42,3	844	57,7
2019	462	38,0	674	55,5	541	44,5
Sudeste						
2013	315	12,5	887	35,2	1.632	64,8
2014	325	12,8	853	33,6	1.683	66,4
2015	293	11,8	848	34,3	1.625	65,7
2016	305	12,0	826	32,6	1.709	67,4
2017	310	12,4	802	32,1	1.694	67,9
2018	815	28,8	1.231	43,4	1.603	56,6
2019	1.033	46,0	1.351	60,1	897	39,9
Sul						
2013	242	23,5	459	44,5	572	55,5
2014	231	23,5	428	43,6	553	56,4
2015	182	19,5	403	43,2	531	56,9
2016	228	23,1	462	46,8	525	53,2
2017	198	19,6	430	42,6	579	57,4
2018	522	38,7	764	56,6	585	43,4
2019	701	54,3	920	71,3	371	28,7
Centro-oeste						
2013	56	16,9	132	39,8	200	60,2
2014	46	16,7	100	36,4	175	63,6
2015	46	16,4	120	42,9	160	57,1
2016	36	11,3	97	30,3	223	69,7
2017	28	8,8	78	24,6	239	75,4
2018	119	31,3	173	45,5	207	54,5
2019	136	43,2	186	59,1	129	41,0

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Região/Ano	Tempo de demora para o início do tratamento (dias)					
	0-30		0-60		Mais de 60	
	n	%	n	%	n	%
Brasil						
2013	767	14,7	1.938	37,2	3.270	62,8
2014	774	15,1	1.833	35,8	3.291	64,2
2015	692	13,6	1.808	35,4	3.296	64,6
2016	762	14,4	1.879	35,5	3.413	64,5
2017	692	13,2	1.759	33,6	3.470	66,4
2018	1.868	30,0	2.856	45,9	3.368	54,1
2019	2.397	45,8	3.220	61,5	2.016	38,5
Diferença 2013-2019 (%)	-	31,1	-	24,3	-	-24,3

Fonte: Departamento de Informática do SUS. Painel-Oncologia (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def, acessado em 01/Abr/2020).

Tabela 4

Tendência do tempo de demora para o início do tratamento do câncer de boca, 0-30 dias e 0-60 dias. Brasil e regiões. 2013-2019.

Região/Tempo de demora para o início do tratamento (dias)	Casos		VPA	IC95% *	Interpretação
	n	%			
Norte					
0-30	187	16,9	29,75	7,77; 56,22	Taxa crescente
0-60	367	33,1	15,70	7,01; 25,09	Taxa crescente
Nordeste					
0-30	1.598	18,0	20,56	1,17; 43,67	Taxa crescente
0-60	3.376	38,1	8,18	-0,36; 17,46	Taxa estacionária
Sudeste					
0-30	3.396	19,3	21,68	-2,25; 51,47	Taxa estacionária
0-60	6.798	38,5	7,21	-2,80; -18,25	Taxa estacionária
Sul					
0-30	2.304	30,4	19,24	-5,73; 50,84	Taxa estacionária
0-60	3.866	51	12,45	-1,70; 28,62	Taxa estacionária
Centro-oeste					
0-30	467	21,0	15,72	-15,60; 58,67	Taxa estacionária
0-60	886	39,9	6,18	-10,43; 25,87	Taxa estacionária
Brasil					
0-30	7.952	21,3	20,54	-3,09; 49,94	Taxa estacionária
0-60	15.293	40,9	8,86	-2,23; 21,21	Taxa estacionária

IC95%: intervalo de 95% de confiança; VPA: variação percentual anual.

Fonte: Departamento de Informática do SUS. Painel-Oncologia (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def, acessado em 01/Abr/2020).

Nota: percentual (%) de casos conforme o intervalo de tempo analisado na tendência temporal em relação ao total de casos ocorridos no Brasil, no período de 2013 a 2019.

* IC95% da VPA.

no país, enquanto a Região Norte apresentou as menores prevalências⁷. Embora a rede de oncologia alcance praticamente todo o território nacional, verifica-se que a Região Sudeste apresenta o maior suporte tecnológico para o tratamento oncológico⁷.

As causas prováveis para supor que a *Lei nº 12.732/2012* começou a se tornar efetiva somente a partir de 2018 podem estar relacionadas à demora inicial da gestão em organizar os serviços de saúde para o atendimento dos casos, conforme instituído na legislação, ou com a melhoria dos registros no sistema de informação. Em se tratando do aumento maior do número de casos com tratamento iniciado no tempo inferior a 30 dias, há necessidade de se investigar se estes estão relacionados aos casos mais graves ou estádios avançados da doença, como consequência de diagnóstico tardio. Esse quadro requer que o atendimento seja o mais breve possível, bem como avaliar se realmente os serviços têm conseguido dar o acesso aos usuários em tempo célere, inclusive o diagnóstico precoce. Um estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que a celeridade está relacionada principalmente à gravidade do caso⁶. Apesar de os cânceres de boca serem relativamente fáceis de visualização e palpação no exame clínico, observa-se que a maioria tem sido diagnosticada em estágio avançado da doença²⁹. Neste estudo não foi possível analisar a associação entre o tempo para o início do tratamento e a gravidade do tumor, pois os dados das lesões, quando a modalidade de tratamento foi cirúrgica, não estavam disponíveis na fonte de dados pesquisada.

Apesar do aumento percebido no percentual de casos atendidos no tempo inferior a 60 dias nos últimos anos, ainda há expressiva parcela de usuários afetados pelo atraso no início do tratamento. Esse atraso pode estar relacionado tanto com o usuário quanto com a instituição que realiza o tratamento³⁰. Um aspecto adicional refere-se à demora no diagnóstico. O desconhecimento dos pacientes acerca da importância na busca por atendimento a partir dos primeiros sintomas, além do erro de diagnóstico ou atrasos e incorreções dos encaminhamentos – por parte dos profissionais – são apontados como possíveis causas³¹. Fatores relativos à precariedade dos serviços, às barreiras geográficas que dificultam o acesso ou a incapacidade do serviço para atender às demandas dos usuários também têm sido destacados³.

Estudo anterior que analisou o efeito da *Lei nº 12.732/2012* para os cuidados oncológicos de usuários com câncer de mama no Município de São Paulo indicou que a publicação de um único dispositivo legal não é suficiente para transformar as práticas em saúde. Entende-se que este não seja capaz de induzir a melhoria de acesso, tampouco garantir a integralidade do cuidado. Considerou, contudo, que os amparos legais constituem estratégia no avanço da garantia do direito dos usuários porque gera implicações e penalidades caso esta não seja cumprida³². Tendo em vista que, além da demora para o início do tratamento, o atraso no diagnóstico é um fator que favorece o pior prognóstico dos casos de câncer, foi publicada no Brasil em 2019 a *Lei nº 13.896/2019*³³. Esta, por sua vez, estabelece o prazo máximo de 30 dias para a realização dos exames de diagnóstico dos casos suspeitos de neoplasia maligna.

Uma rede de atenção ao câncer bucal bem estruturada e articulada entre os três níveis de atenção, com as ações multidisciplinares e intersetoriais, deve garantir o acesso aos serviços e atender as necessidades dos usuários em momento oportuno³⁴. Após a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004³⁵, observou-se a ampliação da oferta de serviços em saúde bucal, na atenção primária, com a expansão das equipes de saúde bucal e, na atenção secundária, com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), dada a publicação da *Portaria nº 599/2006*³⁶, preconizando nesses Centros a especialidade de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal. Na atenção terciária, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (*Portaria nº 874/2013*³⁷) estabelece que o cuidado e tratamento dos usuários com câncer, no ambiente hospitalar, serão realizados na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou no Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Estes estabelecimentos devem oferecer assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico, estadiamento e tratamento³⁷.

Embora exista uma rede de cuidado ao câncer de boca no SUS, ainda há muitos desafios a serem enfrentados para se garantirem a melhoria no acesso e a qualidade da atenção. Há evidências de que a rede de saúde bucal seja insuficiente para a atenção aos pacientes com câncer de boca, ocorrendo uma fragmentação dos serviços nessa rede³⁸. A efetividade das ações de uma rede depende da oferta de serviços suficientes para acolher os usuários nos três níveis de atenção. A esse respeito, a atenção

primária tem um papel fundamental nesta rede para garantir o acesso aos serviços. Esta deve ser resolutive, ordenadora e coordenadora do cuidado, ter profissionais qualificados com habilidade e competência para atuar no SUS; realizar diagnóstico em tempo oportuno; ter uma organização de oferta de serviços baseada nas necessidades e perfil epidemiológico da população, definir fluxos preferenciais para o encaminhamento e protocolos, realizar ações no campo individual e coletivo e ações de vigilância em saúde ^{34,38}.

Políticas públicas voltadas à redução do câncer bucal devem ter uma abordagem abrangente, considerando diversos aspectos, como os relativos a desigualdades socioeconômicas e regionais, além do controle comportamental dos fatores de risco, tais como diminuição do consumo de álcool e tabaco. Salienta-se, ainda, a carência de evidências concretas sobre a efetividade de estratégias coletivas de prevenção comumente citadas na literatura, como campanhas educativas midiáticas, incentivo ao autoexame bucal e rastreamento de lesões orais em grandes populações ³¹.

Neste estudo, embora tenha sido utilizada uma série de tempo relativamente curta (sete pontos de 2013 a 2019) para a análise de tendência, foram identificados resultados significantes nas regiões Norte e Nordeste do país. Antunes & Cardoso ²⁷ entendem não ser recomendada a análise de tendência com número inferior a sete pontos, pois o pequeno poder estatístico na análise de regressão poderá dificultar a identificação dos resultados de tendências significantes (crescente ou decrescente). Recomenda-se para estudos futuros, a inclusão de um período de análise maior, para que seja possível verificar se os resultados mais favoráveis a partir de 2018 configuram, realmente, tendência de aumento de casos com tratamento iniciado em até 60 dias.

A análise de dados dos sistemas de informação deve ser realizada com cautela em virtude da possibilidade de subnotificação. Em que pese a melhoria dos sistemas de informação, observam-se ainda sub-registros e subnotificações nas regiões mais afastadas do país ³⁹. Além disso, esses sistemas podem não apresentar dados finalizados e atualizados, isto é, quando acessados em diferentes períodos podem apresentar diferentes resultados. Este fato pode ocorrer pelo preenchimento incorreto ou pelo registro fora do prazo definido pelo Ministério da Saúde ⁷. Estudo anterior revelou a incompletude dos bancos de dados sobre incidência, distribuição e características clínicas do câncer de cavidade oral e orofaringe na América Latina, além de que, no Brasil, os dados oficiais são provavelmente subestimados ⁴⁰.

A utilização de banco de dados do sistema de informação em saúde também é um fator a ser considerado com cautela nesse estudo. O Painel-Oncologia é relativamente novo e tem realizado atualizações mensais, promovendo alterações nas proporções de casos ⁴¹. Este depende do registro de dados e da qualidade das informações de diferentes sistemas de informação. Uma das limitações desse Painel é a perda de casos que não podem ser identificados por falta de um CNS *master* e outros sem informação completa porque a Autorização de Internação Hospitalar (AIH/SUS) não possui a data do diagnóstico ⁴¹. Embora aproximadamente 85% dos casos de câncer diagnosticados no SUS estejam dispostos no Painel ⁴¹, é importante mencionar que os dados referentes ao intervalo de tempo entre a data do diagnóstico e o tratamento foram obtidos *a posteriori*, a partir da recuperação das informações dos pacientes que possuíam CNS *master*, por meio de relacionamento determinístico e probabilístico, as datas dos procedimentos e o CID-10 registrados na AIH e na APAC. Além disso, inicialmente, a *Portaria nº 876/2013* definia que o prazo para o início do tratamento seria contado a partir do registro do resultado do exame patológico no prontuário do paciente com neoplasia ¹⁴. Porém, após a publicação da *Portaria nº 1.220/2014*, os gestores públicos passaram a ser obrigados a considerarem a contagem do prazo de 60 dias após o diagnóstico confirmado a partir da data de assinatura do laudo patológico ¹⁵.

Faz-se importante mencionar que a publicação das normativas tem favorecido a qualificação do Painel-Oncologia. A partir de maio de 2018, o registro obrigatório do CNS e do CID-10 (*Portaria nº 643/2018* ⁴²) favoreceu o resgate de maior número de dados. Isto tem possibilitado que o Painel seja aperfeiçoado ao longo do tempo reduzindo os números de subnotificações.

A relevância desse Painel deve ser destacada, pois pode subsidiar os gestores do SUS no monitoramento do tempo de demora para o início do tratamento e para a tomada de decisões, visando à reorientação de sua rede ou à implementação de medidas que venham garantir o acesso dos usuários aos serviços de oncologia ⁴¹.

Evidencia-se que para efetivar a garantia do acesso ao serviço no SUS no tempo inferior a 60 dias, conforme preconizado pelas normativas, faz-se necessário que os serviços sejam organizados de

modo a proporcionar atendimento integral e resolutivo, bem como, agilizar a realização dos exames pré-operatórios e tratamento odontológico (para os casos em que sejam requeridos como pré-requisito para o início do tratamento oncológico), garantir o menor tempo possível no fluxo entre o nível secundário e o terciário e proporcionar a coordenação do cuidado. Além disso, os gestores devem realizar a publicização dos serviços ofertados e a definição de uma rede de serviços que favoreça inúmeras conexões e possibilidades de acesso à assistência, considerando as diferenças regionais no país. Faz-se indispensável, também, o gerenciamento da fila de espera para o início do tratamento, definição e acompanhamento das linhas de cuidado, e monitoramento de indicadores relacionados ao tempo de espera desde a suspeita até o tratamento.

Conclui-se que, a partir de 2018, houve redução do tempo de demora para o início do tratamento do câncer de boca na maioria dos casos no país, conforme previsto na *Lei nº 12.732/2012* (até 60 dias), com diferenças regionais e tendência estacionária na maioria das regiões e no Brasil. O alcance parcial da meta, o predomínio da tendência estacionária e as desigualdades regionais indicam a necessidade de continuar monitorando o tempo de demora para o início do tratamento dos pacientes com câncer no país, além de intensificar esforços para garantir o cuidado em saúde adequado, oportuno e de forma equânime.

Colaboradores

M. A. S. A. França contribuiu na concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e redação do artigo, responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. N. G. Nery contribuiu na concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada. J. L. F. Antunes contribuiu na análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. M. C. M. Freire contribuiu no desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Informações adicionais

ORCID: Mary Anne de Souza Alves França (0000-0002-5427-1450); Newillames Gonçalves Nery (0000-0002-2024-3582); José Leopoldo Ferreira Antunes (0000-0003-3972-9723); Maria do Carmo Matias Freire (0000-0001-6078-6728).

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, código de financiamento 001) e da Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de Goiás (FAPEG) que concedeu uma bolsa de formação de doutorado (processo nº 2017 1026 7000725 do edital 3/2017).

Referências

- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram, J, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018; 68:394-424.
- World Health Organization. Classification of tumours pathology and genetics of head and neck tumours. <https://apps.who.int/boordorders/MDIbookJPG/Book/17004009.jpg> (acessado em 20/Jun/2020).
- Soares JMA, Silva GW, Belligoli LQG, Nunes LL, Bretas PMC, Prado Neto SC, et al. Por que tratamos câncer de boca em estádios avançados? *Rev Méd Minas Gerais* 2015; 3:411-5.
- Gómez I, Seoane J, Centelles PV, Takkouche PDB. Is diagnostic delay related to advanced-stage oral cancer? A meta-analysis. *Eur J Oral Sci* 2009; 117:541-6.
- Graboyes EM, Kompelli AR, Neskey DM, Brennan E, Nguyen S, Sterba KR, et al. Association of treatment delays with survival for patients with head and neck cancer: a systematic review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2019; 145:166-77.
- Murphy CT, Galloway TJ, Handorf EA, Eggleston BL, Wang LS, Mehra R, et al. Survival impact of increasing time to treatment initiation for patients with head and neck cancer in the United States. *J Clin Oncol* 2016; 2:169-78.
- Soares EC, Bastos Neto BC, Santos LPS. Estudo epidemiológico do câncer de boca no Brasil. *Arq Méd Hosp Fac Ciênc Med Santa Casa São Paulo* 2019; 64:192-8.
- Pinho PA, Pereira PPG. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface (Botucatu)* 2012; 41:435-47.
- Jafari A, Najafi SH, Moradi F, Kharazifard MJ, Khami MR. Delay in the diagnosis and treatment of oral cancer. *J Dent Shiraz Univ Med Sci* 2013; 14:146-50.
- Chiou SJ, Lin W, Hsieh CH. Assessment of duration until initial treatment and its determining factors among newly diagnosed oral cancer patients. *Medicine (Baltimore)* 2016; 50:e5632.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf> (acessado em 10/Jun/2020).
- Ministério da Saúde. Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005. *Diário Oficial da União* 2005; 19 dez.
- Brasil. 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. *Diário Oficial da União* 2012; 23 nov.
- Ministério da Saúde. Portaria 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* 2013; 17 mai.
- Ministério da Saúde. Portaria 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* 2014; 4 jun.
- Costa EG, Migliorati CA. Câncer de boca: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. *Rev Bras Cancerol* 2001; 3:283-89.
- Abdo EM, Garrocho AA, Barbosa AA, Oliveira EL, França L. Time elapsed between the first symptoms, diagnosis and treatment of oral cancer patients in Belo Horizonte, Brazil. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12:469-73.
- Silva MC, Marques EB, Melo LC, Bernardo JMP, Leite ICG. Fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer de boca e orofaringe em Juiz de Fora (MG). *Rev Bras Cancerol* 2009; 4:329-335.
- Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. *Braz J Otorhinolaryngol* 2010; 4:416-22.
- Santos VCB, Assis AM, Ferreira SMS, Dias EP. Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de Oncologia de Maceió. *Rev Bras Odontol* 2012; 69:159-64.
- Le Campion ACOV, Santos KCB, Carmo ES, Silva Jr. FF, Peixoto FB, Ribeiro CM, et al. Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. *Cad Saúde Colet (Rio J.)* 2016; 24:178-84.
- Aquino RCA, Lima MLLT, Silva VL, Alencar FL, Rodrigues M. Acesso e itinerário terapêutico aos serviços de saúde nos casos de óbitos por câncer de boca. *Rev CEFAC* 2018; 20:595-603.
- Bonfante GMS, Machado CJ, Souza PEA, Andrade EIG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:983-97.
- Atty ATM, Ribeiro C. Relatório sobre o cenário assistencial e epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil. v. 2. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2020.
- Atty ATM, Tomazelli JG. Relatório do intervalo entre diagnóstico e início do tratamento do câncer no SUS. Dados do Painel-Oncologia. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2020.
- World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th Revision. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en> (acessado em 30/Nov/2019).

27. Antunes JLF, Cardoso MR. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24:565-76.
28. Antunes JLF, Waldman EA. Trends and spatial distribution of deaths of children aged 12-60 months in São Paulo. *Bull World Health Organ* 2002; 80:391-8.
29. Felippu AD, Freire EC, Silva RA, Guimarães AV, Dedivitis RA. Impacto da demora no diagnóstico e tratamento no câncer de cabeça e pescoço. *Braz J Otorhinolaryngol* 2016; 82:140-3.
30. Polesel J, Furlan C, Birri S, Giacomarra V, Vaccher E, Grandi G, et al. The impact of time to treatment initiation on survival from head and neck cancer in north-eastern Italy. *Oral Oncol* 2017; 67:175-82.
31. Torres-Pereira C. Oral cancer public policies: is there any evidence of impact? *Braz Oral Res* 2010; 24 Suppl 1:37-42.
32. Sítionio FT. Acesso ao tratamento oncológico no município de São Paulo: o câncer de mama como condição traçadora [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2016.
33. Brasil. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. *Diário Oficial da União* 2019; 31 out.
34. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
35. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
36. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LR-PDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. *Diário Oficial da União* 2006; 24 mar.
37. Ministério da Saúde. Portaria 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* 2013; 17 mai.
38. Casotti E, Monteiro AB, Castro Filho EL, Santos MP. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de desordens com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:1573-82.
39. Borges DML, Sena MF, Ferreira MAF, Roncalli AG. Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômica no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:321-7.
40. Curado MP, Johnson NW, Kerr AR, Silva DRM, Lanfranchi H, Pereira DL, et al. Oral and oropharynx cancer in South America: incidence, mortality trends and gaps in public databases as presented to the Global Oral Cancer Forum. *Trans Res Oral Oncol* 2016; 1:1-7.
41. Atty ATM, Jardim BC, Dias MBK, Migowski A, Tomazelli JG. Painel-Oncologia: uma Ferramenta de Gestão. *Rev Bras Cancerol* 2020; 66:e-04827.
42. Ministério da Saúde. Portaria nº 643, de 17 de maio de 2018. Altera atributos do procedimento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. *Diário Oficial da União* 2018; 21 mai.

Abstract

The study aimed to investigate whether the maximum delay (60 days) for initiating oral cancer treatment following diagnosis, as provided in Federal Law n. 12,732/2012, was achieved in Brazil from 2013 to 2019 and to describe the trend in the number of cases that initiated treatment within this timeframe. A time series was performed with treatment data (N = 37,417) from the Oncology Dashboard of the Brazilian Health Informatics Department (DATASUS) database, according to the patient's region of residence. Analysis of trend used Prais-Winsten regression. In 2018 and 2019, we observed higher percentages of treatments within 60 days, and especially within 30 days. In 2019, 61.5% of treatments began within 60 days, with the highest proportions in the South (71.3%), Southeast (60.1%), and Central-west (59.1%) regions of Brazil. The time trend for the category from 0-60 days was upward in the North of Brazil, with 15.7% annual percent change (APC), and was stationary in the other four major geographic regions of Brazil. The time trend for 0-30 days was only upward in the North and Northeast, with APCs of 29.75% and 20.56%, respectively. In conclusion, since 2018 there were more cases that initiated oral cancer treatment within the stipulated timeframe, as provided in Law n. 12,732/2012 (up to 60 days), with regional differences and a stationary trend in most regions and in Brazil as a whole. Partial achievement of the target, the predominance of a stationary trend, and regional inequalities indicate the need to continue monitoring time-to-treatment for oral cancer in Brazil and to intensify efforts to guarantee timely healthcare.

Time-To-Treatment; Health Services Accessibility; Mouth Neoplasms

Resumen

El estudio tuvo como meta investigar si el tiempo máximo de demora (60 días) para el inicio del tratamiento de los pacientes con cáncer de boca, a partir del diagnóstico previsto en la Ley Federal nº 12.732/2012, se alcanzó en Brasil durante el período 2013-2019, y describir la tendencia del número de casos que comenzaron el tratamiento en el tiempo máximo. Se realizó un estudio de series temporales utilizando datos de los tratamientos (N = 37.417) del Panel-oncología, disponible en Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS), según la región de residencia de los pacientes. Para el análisis de la tendencia se realizó la regresión de Prais-Winsten. En los años 2018 y 2019 se observaron porcentajes más elevados para los tratamientos en hasta 60 días, siendo más acentuado en el intervalo de hasta 30 días. En 2019, un 61,5% de los tratamientos comenzaron en hasta 60 días, con mayores proporciones en las regiones Sur (71,3%), Sudeste (60,1%) y Centro-oeste (59,1%). La tendencia temporal de la categoría 0-60 días fue creciente en la Región Norte, con variación porcentaje anual (VPA) de un 15,7% y estacionaria en las demás regiones y en Brasil. La tendencia del tiempo de 0-30 días fue creciente solamente para las regiones Norte y Nordeste, con VPA de 29,75% y 20,56%, respectivamente. Se concluye que a partir de 2018 hubo un mayor número de casos que comenzaron el tratamiento de cáncer de boca durante el tiempo de demora, conforme lo previsto en la Ley nº 12.732/2012 (hasta 60 días), con diferencias regionales y tendencia estacionaria en la mayoría de las regiones y en Brasil. El alcance parcial de la meta, el predominio de la tendencia estacionaria y las desigualdades regionales indican la necesidad de continuar supervisando el tiempo de demora para el inicio del tratamiento de cáncer en el país e intensificar esfuerzos para garantizar el cuidado en salud.

Tiempo de Tratamiento; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Neoplasias de la Boca

Recebido em 08/Out/2020

Versão final reapresentada em 25/Dez/2020

Aprovado em 19/Mar/2021