

Do Diagnóstico até o Início do Tratamento Oncológico: Tempo de Espera dos Pacientes e Fatores Associados nos Estados do Sul do Brasil

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n3.5200>

From Diagnosis to the Beginning of Cancer Treatment: Waiting Time for Patients and Associated Factors in Brazil Southern States
 Desde el Diagnóstico hasta el Inicio del Tratamiento Oncológico: Tiempo de Espera de los Pacientes y Factores Asociados en los Estados del Sur del Brasil

Gabriela Dachi de Araújo¹; Nathalia Luisy Farias Müller²; Inarah Silva Ferrette Ginel³; Ana Paula Kaliski Dutra⁴; Fabiana Oenning da Gama⁵; Pedro Docusse Junior⁶

RESUMO

Introdução: O câncer representa significativa ameaça à saúde humana, sendo considerado a segunda principal causa de mortalidade no mundo. Apesar de os pacientes oncológicos no Brasil possuírem, por direito, acesso à saúde de qualidade, diagnóstico precoce e tratamento dentro do prazo de 60 dias, por intermédio da Lei Federal n.º 12.732/2012, os dados disponíveis no PAINEL-Oncologia evidenciam a significativa disparidade entre essa norma e a realidade enfrentada pela população oncológica. Diante do exposto, a Região Sul foi selecionada para verificar sua conformidade com os requisitos da Lei dos 60 dias. **Objetivo:** Identificar o perfil do paciente oncológico e o tempo do diagnóstico até o início do tratamento, na Região Sul do Brasil, no período de 2013 a 2023. **Método:** Estudo transversal descritivo, com dados do PAINEL-Oncologia. As variáveis de interesse elencadas foram: a) tempo de tratamento ou tratamento oportuno; b) sexo; c) idade; d) diagnóstico detalhado; e) estadiamento; f) modalidade terapêutica g) estado de diagnóstico. **Resultados:** Ocorreu aumento significativo na proporção de tratamentos oportunos de 2013 a 2023, porém a taxa de tratamentos inoportunos ainda é alta, especialmente entre homens, pacientes acima de 50 anos, e em casos que requerem radioterapia. Santa Catarina foi o Estado com a menor taxa de tratamentos dentro do prazo, já o Paraná apresentou-se com a maior taxa de tratamento oportuno. **Conclusão:** Fatores demográficos e relacionados à doença influenciam o atraso no início do tratamento, indicando a necessidade de políticas públicas focadas em melhorar o acesso e a eficiência dos serviços oncológicos na Região.

Palavras-chave: Neoplasias/epidemiologia; Tempo para o Tratamento/estatística & dados numéricos; Acessibilidade aos Serviços de Saúde/estatística & dados numéricos; Sistema Único de Saúde; Disparidades em Assistência à Saúde/estatística & dados numéricos.

ABSTRACT

Introduction: Cancer poses a significant threat to human health, being considered the second leading cause of mortality worldwide. Although cancer patients in Brazil have the right to access quality healthcare, early diagnosis, and treatment within a 60-day period, as established by Federal Law number 12,732/2012, the data available from *PAINEL-Oncología* highlights a significant disparity between this mandate and the reality faced by the oncology population. In light of this, the Southern Region was selected to assess its compliance with the 60-day Law requirements. **Objective:** To identify the profile of oncology patients and the time from diagnosis to the beginning of the treatment in Brazil Southern Region from 2013 to 2023. **Method:** A descriptive cross-sectional study based on *PAINEL-Oncología*. The variables of interest included: a) treatment time or timely treatment; b) sex; c) age; d) detailed diagnosis; e) staging; f) treatment modality; g) state where the diagnostic was made. **Results:** There was a significant increase in the proportion of timely treatments from 2013 to 2023; however, the rate of delayed treatments remains high, particularly among men, patients over 50, and cases requiring radiotherapy. Santa Catarina had the lowest rate of on-time treatments, while Paraná showed the highest rate of timely treatment. **Conclusion:** Demographic and disease-related factors influence treatment delay, indicating the need for public policies focused to improve access and efficiency of oncology services in the Region.

Key words: Neoplasms/epidemiology; Time-to-Treatment/statistics & numerical data; Health Services Accessibility/statistics & numerical data; Unified Health System; Healthcare Disparities/statistics & numerical data.

RESUMEN

Introducción: El cáncer representa una amenaza significativa para la salud humana, siendo considerado la segunda causa principal de mortalidad en el mundo. A pesar de que los pacientes oncológicos en el Brasil tengan, por derecho, acceso a la atención de salud de calidad, diagnóstico precoz y tratamiento dentro del plazo de 60 días, por medio de la Ley Federal n.º 12.732/2012, los datos disponibles en el *PAINEL-Oncología* evidencian una disparidad significativa entre esta norma y la realidad enfrentada por la población oncológica. Ante esto, se seleccionó la región Sur para verificar su conformidad con los requisitos de la Ley de los 60 días. **Objetivo:** Identificar el perfil del paciente oncológico y el tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento en la región Sur del Brasil, en el período de 2013 a 2023. **Método:** Estudio transversal descriptivo, con datos del *PAINEL-Oncología*. Las variables de interés incluidas fueron: a) tiempo de tratamiento o tratamiento oportuno; b) sexo; c) edad; d) diagnóstico detallado; e) estadificación; f) modalidad terapéutica; g) estado de diagnóstico. **Resultados:** Hubo un aumento significativo en la proporción de tratamientos oportunos de 2013 a 2023; sin embargo, la tasa de tratamientos inoportunos sigue siendo alta, especialmente entre hombres, pacientes mayores de 50 años y casos que requieren radioterapia. Santa Catarina fue el estado con la menor tasa de tratamientos dentro del plazo, mientras que Paraná presentó la mayor tasa de tratamiento oportuno. **Conclusión:** Los factores demográficos y relacionados con la enfermedad influyen en el retraso en el inicio del tratamiento, lo que indica la necesidad de políticas públicas enfocadas en mejorar el acceso y la eficiencia de los servicios oncológicos en la región.

Palabras clave: Neoplasias/epidemiología; Tiempo de Tratamiento/estadística & datos numéricos; Accesibilidad a los Servicios de Salud/estadística & datos numéricos; Sistema Único de Salud; Disparidades en Atención de Salud/estadística & datos numéricos.

¹⁻⁶Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul). Palhoça (SC), Brasil.

¹E-mail: gabrieladachi12@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0004-4186-7062>

²E-mail: nathluisy@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0007-5702-0837>

³E-mail: ginelinarah@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0007-6239-397X>

⁴E-mail: anapaulakdutraa@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0009-9431-5444>

⁵E-mail: oenning_gama@yahoo.com.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-6108-5528>

⁶E-mail: pedro.docusse@ulife.com.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-7463-053X>

Endereço para correspondência: Gabriela Dachi de Araújo. Rua da Praça, 241 – Pedra Branca. Palhoça (SC), Brasil. CEP 88137-086. E-mail: gabrieladachi12@gmail.com



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O câncer é um conjunto que abrange mais de 100 patologias, caracterizadas pela proliferação descontrolada de células anômalas com propensão à invasão de tecidos e órgãos circundantes, resultando em disfunções fisiológicas¹. Em relação às doenças crônicas não transmissíveis, o câncer representa significativa ameaça à saúde humana, sendo a segunda principal causa de mortalidade global, atrás somente das enfermidades de origem cardiovascular, mas projeta-se que, na próxima década, as mortes atribuíveis ao câncer irão superar as causas cardiovasculares em escala global².

Como regra geral, quanto mais precoces o diagnóstico e o tratamento, melhores as chances de sobrevida³. De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada seis mortes, uma é causada por neoplasia, sendo uma causa dessa alta mortalidade o fato de que aproximadamente 50% dos cânceres são diagnosticados em estágios avançados, fazendo com que muitos deles percam a janela de oportunidade da cura^{3,4}. Além disso, em países com um baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a mortalidade por câncer é maior, evidenciando a desigualdade ao acesso à saúde como um grande desafio para o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno^{5,6}.

A Constituição Federal de 1988⁷ garantiu o direito à saúde e, a partir disso, o Sistema Único de Saúde (SUS)⁸ foi estruturado com os princípios de acesso universal e integralidade. Dentro desse marco, a Lei Federal n.º 12.732/2012⁹ estabelece que pacientes com neoplasia maligna têm direito ao início do primeiro tratamento no SUS em até 60 dias após a confirmação diagnóstica em laudo patológico, com a realização da terapêutica adequada, seja cirurgia, radioterapia ou quimioterapia. Essa diretriz foi reforçada pela Portaria GM/MS n.º 3.896/2022¹⁰, que regula a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS, estabelecendo responsabilidades e ações para organizar a Rede de Atenção à Pessoa com Câncer e garantir o acesso oportuno ao tratamento.

Em outubro de 2019, a Lei Federal n.º 13.896¹¹ alterou a Lei n.º 12.732, de 22 de novembro de 2012, para o prazo máximo de 30 dias para a realização dos exames necessários para confirmar o diagnóstico de câncer, desde que a principal hipótese seja neoplasia maligna¹¹. Para monitorar a eficácia da norma, foi desenvolvida uma ferramenta para registrar informações referentes à data de diagnóstico e ao início do tratamento, o PAINEL-Oncologia, com seus dados consolidados pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS)¹². Embora o painel não represente a totalidade dos casos de câncer no país, essa ferramenta auxilia na gestão e reorganização da rede de assistência, por intermédio do monitoramento do tempo até o primeiro tratamento oncológico.

O fato de a maior parte da população afetada por essa enfermidade depender do SUS para obter o diagnóstico e terapêutica adequada afirma a importância de garantir um desfecho positivo para os pacientes, sendo essencial o diagnóstico com rapidez e eficiência, favorecendo o tratamento dentro do tempo oportuno. Apesar desse direito legalmente garantido, os dados fornecidos pelo PAINEL-Oncologia demonstram o quanto a realidade está distante da efetivação desse acesso. Segundo o estudo da Universidade Federal de Sergipe (UFS), determinadas neoplasias, sexo e faixa etária recebem o tratamento após o prazo máximo estipulado, interferindo na sobrevida desses pacientes¹³.

A incidência de câncer varia de acordo com fatores genéticos, ambientais e sociais¹⁴. No Brasil, os tipos mais frequentes incluem o câncer de pele não melanoma, mama, próstata, cólon e reto, e pulmão. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a Região Sul, junto da Sudeste, concentra cerca de 70% de todos os casos do país, com destaque para os cânceres de pele não melanoma, mama, próstata, pulmão e colorretal, que impõem elevada carga aos serviços de saúde da Região¹⁵. Esse cenário justifica a análise regional do cumprimento da Lei dos 60 dias, dado o volume de casos e a complexidade no acesso ao tratamento.

Além da elevada incidência de câncer, a Região Sul enfrenta importantes desafios relacionados ao acesso ao tratamento oncológico. Apesar de apresentar indicadores de saúde acima da média nacional, como maior cobertura de atenção primária em 2024, a Região ainda convive com desigualdades internas significativas¹⁶. Entre os principais gargalos, estão a concentração dos serviços de alta complexidade em centros urbanos, o que contribui para a dificuldade de acesso nas áreas rurais, além de barreiras logísticas¹⁷. Esse paradoxo torna a Região Sul um cenário particularmente relevante para avaliar a efetividade da Lei dos 60 dias.

O objetivo do estudo consiste em analisar a prevalência de pacientes oncológicos tratados fora do prazo previsto pela Lei n.º 12.732/2012⁹ e identificar os fatores demográficos, clínicos e terapêuticos associados ao atraso no início do tratamento, nos Estados da Região Sul do Brasil, entre 2013 e 2023.

MÉTODO

Estudo transversal descritivo, realizado com a finalidade de identificar as variáveis envolvidas no atraso do início do tratamento oncológico em tempo oportuno. Foram coletados e analisados os dados do PAINEL-Oncologia, disponibilizado via Ministério da Saúde pelo DATASUS, de domínio público, que fornece as informações de modo on-line, no TABNET¹⁸.



A determinação dos casos por meio da base de dados foi efetuada mediante os critérios do PAINEL-Oncologia, a partir da integração do Cartão Nacional de Saúde (CNS) com o Capítulo II da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão (CID-10)¹⁹ correspondente. Portanto, um mesmo cartão de saúde com diferentes códigos CID será considerado como casos distintos²⁰.

Os dados foram coletados, em sua totalidade, no mês de agosto de 2024. A variável dependente no contexto deste estudo foi definida como o “Tempo de Tratamento”, que representa a quantidade de tempo decorrido desde o momento do diagnóstico até o início do tratamento. Essa medida foi categorizada em dois intervalos distintos, para a análise da Lei n.º 12.732/12⁹, sendo eles: tratamento oportuno (de 0 a 60 dias) e tratamento inoportuno (mais de 60 dias). O tempo para o início do tratamento é calculado pelo PAINEL-Oncologia a partir da informação das datas de diagnóstico e de tratamento registradas no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)²¹, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (Apac), no Sistema de Informações Hospitalares (SIH)²² e no Sistema de Informação do Câncer (Siscan)²³.

Foram definidas para o estudo as seguintes variáveis independentes: a) faixa etária – menores de 19 anos, 20 a 49 anos, 50 a 69 anos e 70 anos ou mais; b) sexo – masculino e feminino; c) diagnóstico detalhado – grupo de neoplasia e respectiva CID-10; d) estadiamento – 0, I, II, III, IV e “não se aplica” (casos tratados por cirurgia); e) modalidade terapêutica – cirurgia, quimioterapia, radioterapia e ambas (quimioterapia e radioterapia); f) período do estudo – 2013 a 2023; g) ano do diagnóstico – categorizado em 2013-2015, 2016-2018, 2019-2021 e 2022-2023; h) Estado de diagnóstico – Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

A variável “diagnóstico detalhado” se refere à neoplasia informada ao exame anatomo-patológico (CID-10)¹⁹, o qual será analisado da CID C00 a C97. Os dados extraídos por meio dessa variável foram categorizados em grupos de acordo com topografia e função do órgão afetado.

Os critérios de exclusão utilizados foram: neoplasias de pele não melanoma (C44); “neoplasias *in situ*” (D00-D09); “neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido” (D37-D48). Os códigos de CID vazios foram excluídos: C27, C28, C29, C35, C36, C42, C59, C86 e C87. Além disso, o grupo C97 (neoplasias de localizações múltiplas independentes) foi excluído por ausência de casos no banco analisado.

Casos classificados como “ignorado” e “sem informação” não foram utilizados no cálculo da prevalência de tratamentos oportunos e inoportunos, tampouco

foram incluídos no total da população analisada, por impossibilitarem a mensuração do desfecho principal. No entanto, seus valores absolutos foram coletados com o objetivo de avaliar a incompletude dos dados. Conforme a Nota Técnica do PAINEL-Oncologia, “ignorado” refere-se a registros sem qualquer informação sobre a data de início do tratamento, enquanto “sem informação” corresponde a campos deixados em branco nos sistemas de origem²³.

Realizou-se uma análise descritiva das variáveis, apresentando distribuições de frequência absoluta e relativa (%) para caracterizar a população estudada. Para comparações entre grupos categóricos, utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson²⁴. Dada a natureza transversal do estudo e a alta prevalência do desfecho (tratamento inoportuno >10%), optou-se pela razão de prevalência (RP)²⁴ em vez da razão de chances (RC), uma vez que a RC superestima a magnitude da associação em desfechos frequentes. Utilizou-se a regressão de Poisson²⁴ com variância robusta para a estimativa da RP, dada sua adequação em estudos transversais²⁴. Esse método é amplamente empregado por sua precisão na análise de subgrupos e desfechos comuns. As medidas de associação foram reportadas com intervalos de confiança de 95% (IC95%), e a significância estatística foi avaliada pelo teste de Wald, adotando $p < 0,05$ como limiar. Todas as análises foram realizadas no software SPSS²⁵ (IBM Corp., versão 20.0), seguindo diretrizes para análises de dados secundários em saúde.

Nesse contexto, para as variáveis categóricas, foi necessário definir categorias de referência para a comparação entre os grupos. No caso da variável “ano de diagnóstico”, optou-se por utilizar o ano de 2013 como categoria de referência, por ser o primeiro da série histórica analisada, permitindo avaliar a evolução da prevalência de tratamento oportuno ao longo do período. Reconhece-se que a obrigatoriedade de registro do CNS e da CID nos exames anatomo-patológicos, implementada em maio de 2018, aprimorou a qualidade dos dados a partir de 2019, mas a escolha por manter o ano inicial favorece a análise longitudinal e comparativa.

O estudo seguiu os preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde com base na Resolução n.º 510/2016²⁶ e, por tratar-se de dados secundários, de domínio público, não foi necessária a avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS

A população composta pelos registros de notificação do PAINEL-Oncologia totalizou 1.003.318 casos de diagnóstico de câncer. Foram excluídos 288.260 casos referentes a neoplasias de pele não melanoma (C44), neoplasias *in situ* (D00-D09) e neoplasias de



comportamento incerto ou desconhecido (D37-D48). Além disso, excluíram-se 182.351 casos classificados como “sem informação” ou “ignorado”, por não apresentarem dados que permitissem a mensuração do tempo até o início do tratamento. Dessa forma, 532.707 casos (53,09%) compuseram a amostra final analisada, por se enquadrarem nos critérios regulamentados pela Lei n.º 12.732/12⁹.

A distribuição proporcional de casos tratados em tempo oportuno (até 60 dias) permaneceu praticamente estável e superior aos que foram tratados acima de 60 dias até 2017. A partir de então, essa relação favorável ao tratamento oportuno chegou a ser 2,12 vezes maior (oportuno/inoportuno) no ano de 2023 (Gráfico 1).

Segundo a análise da Tabela 1, pacientes do sexo masculino apresentaram maior prevalência de tratamento em tempo inopportuno em comparação ao sexo feminino. Entre as faixas etárias de ambos os sexos, os pacientes com 50 anos ou mais apresentaram taxas mais elevadas de tratamento fora do prazo, especialmente quando comparados aos menores de 49 anos, com destaque para os pacientes abaixo de 19 anos, que tiveram a menor proporção de atraso no início do tratamento.

Em relação à modalidade do primeiro tratamento, observou-se maior prevalência de início oportuno entre os pacientes submetidos à cirurgia, dos quais apenas 8,47% foram tratados fora do prazo. Em contraste, a modalidade terapêutica com menor proporção de tratamentos em tempo oportuno foi a radioterapia isolada, com 64,44% de tratamentos inopportunos, seguida da combinação de quimioterapia e radioterapia. Quanto ao estadiamento, os estágios I e II apresentaram as maiores taxas de tratamento

inopportuno, com 54,03% e 60,0%, respectivamente. O estadiamento IV, por outro lado, apresentou maior taxa de tratamento dentro da Lei dos 60 dias.

Entre os diagnósticos mais frequentes na Região Sul do Brasil, destacam-se as neoplasias dos órgãos digestivos (C15-C26), mama (C50), órgãos genitais femininos (C51-C58), órgãos genitais masculinos (C60-C63) e neoplasias de localizações mal definidas ou secundárias (C76-C80). Destas, as neoplasias dos órgãos genitais femininos (C51-C58) apresentaram a melhor razão entre tratamentos oportunos e inopportunos, com desempenho significativamente superior às demais (Gráfico 2). Em contrapartida, os tumores de órgãos genitais masculinos (C60-C63) registraram a maior proporção de tratamentos iniciados fora do prazo legal, conforme evidenciado na Tabela 1.

Em relação aos Estados da Região Sul, o Paraná destacou-se com o melhor desempenho, apresentando a maior proporção de tratamentos iniciados dentro do prazo legal, com uma razão de 2,26 entre casos oportunos e inopportunos. Por outro lado, Santa Catarina teve a menor adesão à Lei dos 60 dias, conforme evidenciado no Gráfico 3. O Rio Grande do Sul apresentou desempenho intermediário entre os dois Estados, com uma razão de 1,50.

DISCUSSÃO

A análise dos dados de 2013 a 2023 revelou que 62,34% dos pacientes oncológicos da Região Sul do Brasil iniciaram o tratamento dentro dos 60 dias previstos pela Lei n.º 12.732/12⁸. A prevalência de tratamentos oportunos

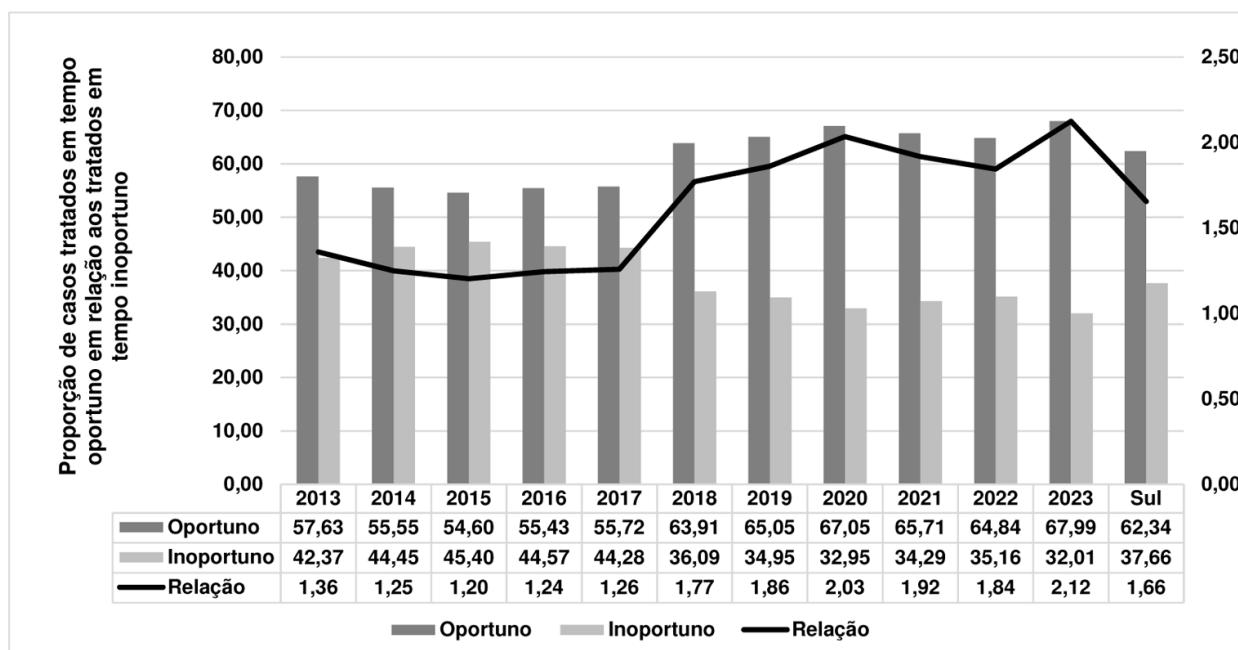


Gráfico 1. Distribuição proporcional de casos de neoplasias malignas que foram tratados em tempo oportuno (até 60 dias) e tempo inopportuno (acima de 60 dias) na Região Sul do Brasil, registrados no PAINEL-Oncologia, 2013 a 2023, Brasil.

Tabela 1. Variáveis relacionadas ao tratamento de pacientes com neoplasias malignas. PAINEL-Oncologia, 2013 a 2023, Brasil

Variável	n	Prevalência de tratamentos inoportunos (%)	RP (IC 95%)	Valor de p
Ano do diagnóstico (n=532.707)				< 0,001
2013-2015	106.823	44,08%	1	
2016-2018	128.483	41,06%	1,05 [1,046 - 1,061]	
2019-2021	173.639	34,09%	1,18 [1,171 - 1,186]	
2022-2023	123.762	33,58%	1,19 [1,180 - 1,196]	
Estado do diagnóstico (n=532.707)				< 0,001
Paraná	201.010	30,72%	1	
Santa Catarina	118.746	45,26%	0,79 [0,785 - 0,795]	
Rio Grande do Sul	212.951	39,96%	0,87 [0,863 - 0,871]	
Sexo (n=532.707)				< 0,001
Feminino	276.170	36,84%	1	
Masculino	256.537	38,54%	0,97 [0,969 - 0,977]	
Faixa etária Sexo feminino (n=276.170)				< 0,001
<19	5.443	13,52%	1	
20-49	78.361	35,05%	0,75 [0,742 - 0,760]	
50-69	136.568	38,57%	0,71 [0,702 - 0,718]	
>70	55.795	37,37%	0,72 [0,715 - 0,733]	
Faixa etária Sexo masculino (n=256.537)				< 0,001
<19	6.820	14,25%	1	
20-49	37.070	29,48%	0,82 [0,813 - 0,832]	
50-69	136.828	40,03%	0,70 [0,692 - 0,707]	
>70	75.817	42,46%	0,67 [0,663 - 0,679]	
Primeira modalidade terapêutica (n=532.707)				< 0,001
Cirurgia	149.392	8,47%	1	
Quimioterapia	281.337	43,13%	0,62 [0,619 - 0,624]	
Radioterapia	97.559	64,44%	0,39 [0,385 - 0,392]	
Quimioterapia + radioterapia	4.419	62,66%	0,41 [0,393 - 0,424]	
Estadiamento (n=532.707)				< 0,05
0	18.482	47,66%	1	
I	44.696	54,03%	0,88 [0,864 - 0,893]	
II	60.559	60%	0,76 [0,752 - 0,777]	
III	92.790	46,69%	1,02 [1,003 - 1,034]	
IV	107.592	44,30%	1,06 [1,049 - 1,080]	
Não se aplica	149.392	8,47%	2,08 [2,055 - 2,111]	

Continua



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Tabela 1. Continuação

Variável		n	Prevalência de tratamentos inoportunos (%)	RP (IC 95%)	Valor de p
Diagnóstico específico (n=532.707)		CID-10			
Total	C00-C97	532.707	37,66%	1	< 0,001
Dos órgãos genitais masculinos	C60-C63	60.846	57,38%	0,68 [0,677 - 0,690]	
Da mama	C50	91.346	48,36%	0,83 [0,823 - 0,834]	
Do labio, cavidade oral e faringe	C00-C14	33.770	45,62%	0,87 [0,864 - 0,881]	
De localizações mal definidas secundária e de localizações não especificadas	C76-C80	48.809	40,50%	0,95 [0,947 - 0,962]	
Dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central	C69-C72	9.889	35,09%	1,04 [1,026 - 1,057]	
Dos órgãos genitais femininos	C51-C58	47.911	33,90%	1,06 [1,053 - 1,067]	
Dos órgãos digestivos	C15-C26	106.038	33,30%	1,07 [1,065 - 1,075]	
Melanoma	C43	9.749	31,10%	1,11 [1,090 - 1,120]	
Do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	C30-C39	41.905	27,68%	1,16 [1,153 - 1,167]	
Dos ossos e das cartilagens articulares	C40-C41	4.439	23,61%	1,23 [1,205 - 1,246]	
Dos tecidos linfático, hematopoéticos e tecidos correlatos	C81-C96	39.076	23,30%	1,23 [1,223 - 1,238]	
Do tecido mesotelial e tecidos moles	C45-C49	12.689	22,16%	1,25 [1,237 - 1,261]	
Do trato urinário	C64-C68	19.919	16,50%	1,34 [1,331 - 1,348]	
Da tireoide e de outras glândulas endócrinas	C73-C75	6.321	6,88%	1,49 [1,483 - 1,504]	

Legendas: RP = razão de prevalência; IC95% = intervalo de confiança de 95%; CID-10 = décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

manteve-se relativamente estável até 2017, passando a crescer progressivamente a partir de 2018. Esse avanço pode estar associado à implementação da Portaria n.º 643/2018²⁷, que tornou obrigatórios os registros da CID-10 e do CNS, bem como as melhorias nos sistemas de informação e monitoramento, como o PAINEL-Oncologia.

O maior percentual de adesão foi observado em 2023, quando 67,99% dos pacientes foram tratados em tempo oportuno, com uma razão de 2,12 entre os casos oportunos e inoportunos (Gráfico 1). Esse achado pode ser parcialmente atribuído aos esforços para readequar os serviços de saúde após a pandemia da covid-19, em virtude de uma significativa redução na realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos para neoplasias, da sobrecarga do sistema de saúde e da realocação de recursos para o combate ao coronavírus²⁸. Contudo, o ano de 2020, mesmo no auge da pandemia, registrou a segunda melhor taxa de tratamento oportuno. É possível que essa taxa tenha sido influenciada pela menor procura por serviços de saúde e pela redução no número de diagnósticos de câncer, o que pode ter superestimado a proporção de tratamentos oportunos naquele ano^{29,30}.

Apesar da implementação da Portaria n.º 643/2018²⁷, a qual tornou obrigatória a informação do código

da CID-10 e do CNS, o PAINEL-Oncologia ainda apresenta mais de 180 mil casos sem dados suficientes para mensurar o tempo até o início do tratamento. Essa elevada incompletude compromete a avaliação da efetividade da Lei e limita a capacidade de monitoramento dos serviços de saúde. As lacunas no registro dificultam a mensuração precisa da adesão aos prazos legais, prejudicam o aprimoramento da assistência oncológica e evidenciam a urgência de identificar as causas subjacentes à ausência dessas informações nos sistemas oficiais³¹.

Ao comparar os Estados da Região Sul, o Paraná destacou-se com a melhor taxa de tratamento oportuno, enquanto Santa Catarina apresentou os piores resultados. Essa disparidade pode ser explicada por diferenças na infraestrutura de saúde, investimentos em oncologia e políticas públicas regionais. O Paraná, por exemplo, tem adotado estratégias de descentralização e cooperação intermunicipal que ampliaram o acesso aos serviços de alta complexidade^{32,33}. Assim, a rede de atenção regionalizada facilita o encaminhamento e o tratamento dos pacientes oncológicos, especialmente em locais de maior demanda³⁴. Em contraste, Santa Catarina enfrenta desafios logísticos e estruturais, como a concentração de serviços em grandes centros urbanos e uma menor capacidade de oferta de serviços especializados em áreas rurais



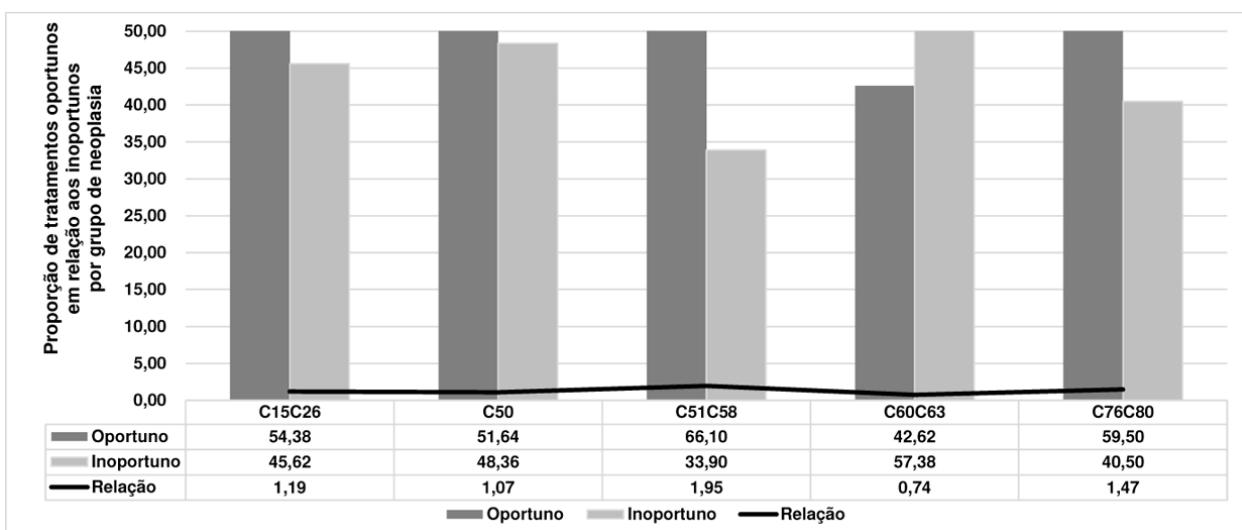


Gráfico 2. Distribuição proporcional de casos que foram tratados em tempo oportuno (até 60 dias) e tempo inoportuno (acima de 60 dias) de acordo com os grupos de neoplasias mais prevalentes, registrados no PAINEL-Oncologia, 2013 a 2023, Brasil

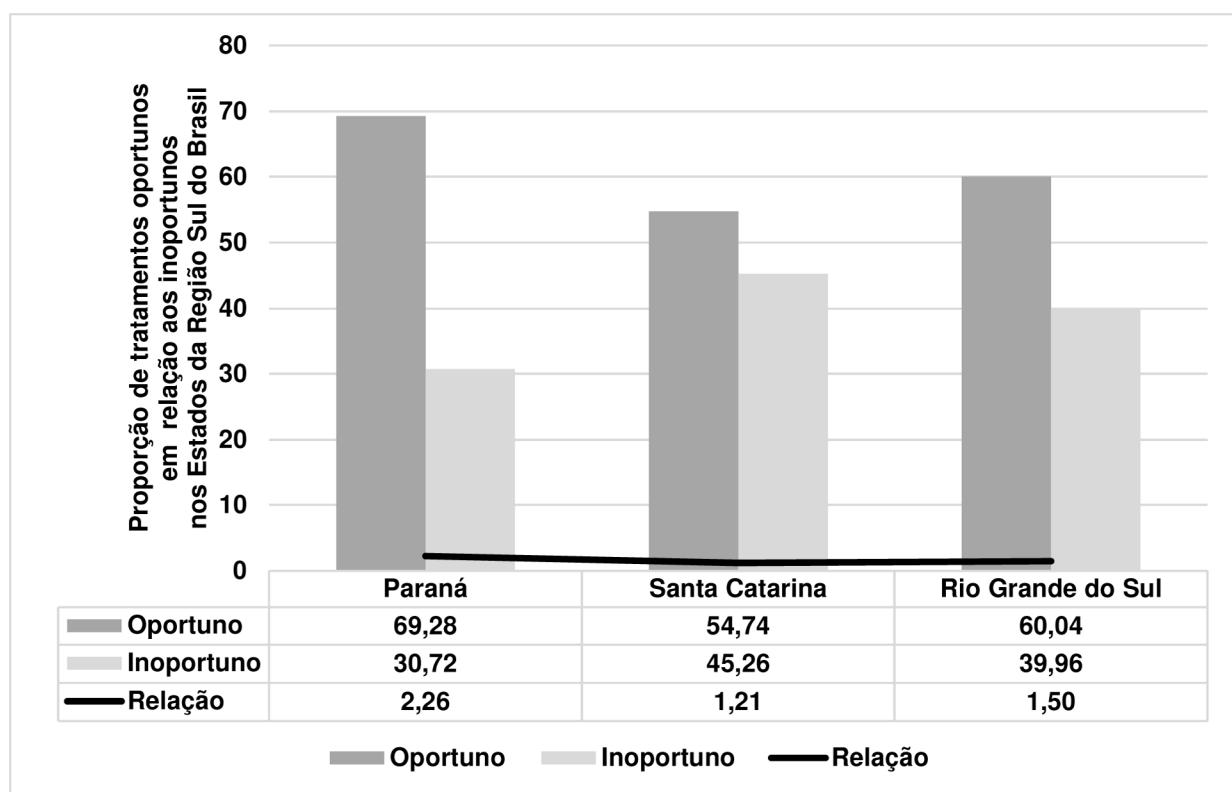


Gráfico 3. Distribuição proporcional de casos que foram tratados em tempo oportuno (até 60 dias) e tempo inoportuno (acima de 60 dias) de acordo com os Estados da Região Sul, registrados no PAINEL-Oncologia, 2013 a 2023, Brasil

e regiões afastadas, o que impacta negativamente a capacidade de iniciar o tratamento no tempo estabelecido^{35,36}. O Rio Grande do Sul, com resultados intermediários, apresenta variações significativas entre suas Regiões. A literatura aponta que a regionalização no Estado é afetada pela governança descentralizada, onde as diferenças regionais e a interação entre os diversos níveis de governo impactam diretamente o acesso aos serviços de saúde³⁷.

Quanto à faixa etária, houve uma prevalência de tratamento em tempo inoportuno em pacientes acima de 50 anos. Embora o envelhecimento populacional esteja associado ao aumento da incidência de doenças oncológicas^{38,39}, muitos profissionais da área da saúde podem subestimar a urgência do tratamento em pacientes idosos, refletindo um viés inconsciente, o qual prioriza o tratamento em pacientes jovens^{40,41}. Em conjunto, o próprio



paciente, por causa da presença de múltiplas comorbidades, possui uma percepção reduzida da seriedade da sua condição clínica, assim como pelo medo que vem em razão de um possível diagnóstico de câncer^{42,43}.

Em relação ao sexo, os pacientes do sexo masculino apresentam maiores taxas de tratamento inoportuno, com um percentual de 38,54% (Tabela 1). Esse padrão está alinhado com estudos que indicam que homens tendem a postergar a busca por atendimento médico, frequentemente influenciados por normas socioculturais que associam a masculinidade à resistência e à negação de vulnerabilidade, o que é corroborado por evidências que mostram como a busca por ajuda é percebida como um sinal de fraqueza⁴⁴. Essa atitude é evidente em neoplasias com sintomatologia inicial discreta, como o câncer de próstata, cujas estratégias de ‘vigilância ativa’ são frequentemente adotadas. Embora a vigilância ativa seja uma abordagem segura para cânceres de baixo risco, a falta de acompanhamento rigoroso e as barreiras culturais podem levar ao adiamento do tratamento quando necessário.

Entre os diagnósticos específicos, os órgãos genitais masculinos tiveram a maior prevalência de tratamento em tempo inoportuno. Um estudo realizado na Austrália⁴⁵ analisou o preparo sobre saúde masculina na formação dos médicos, tendo a maioria dos estudantes relatado cobertura mínima ou insuficiente em sua formação médica sobre o tema durante a graduação. Esse dado sugere uma lacuna educacional que pode impactar negativamente o reconhecimento precoce e o manejo adequado dessas neoplasias.

Contudo, neste estudo foi observada uma diferença discreta na prevalência de tratamento em tempo oportuno para o câncer de mama (CID C50), tendo uma diferença de aproximadamente 3% entre o oportuno e o inoportuno. Tal fato pode ocorrer por causa da avaliação pré-operatória detalhada e multidisciplinar no câncer de mama, sendo necessário definir a melhor modalidade terapêutica e, em alguns casos, a realização de testes genéticos para orientar o plano terapêutico. Em virtude disso, o tempo global do diagnóstico até o início do tratamento é afetado^{46,47}.

Os cânceres de órgãos digestivos apresentaram uma das maiores prevalências de tratamento em tempo oportuno, com 66,70% dos casos iniciando a terapêutica dentro do prazo legal (Tabela 1). Esse desempenho pode estar relacionado à capacidade de essas neoplasias gerarem sintomas importantes, o que leva à procura do atendimento médico rapidamente⁴⁸. Associado a isso, os pacientes que possuem problemas no trato gastrointestinal comumente realizam acompanhamento médico e, consequentemente, realizam exames diagnósticos com maior frequência, possibilitando a identificação de lesões malignas de forma precoce⁴⁹.

Entre as modalidades terapêuticas do primeiro tratamento, a cirurgia possui a maior prevalência em tempo oportuno, de 91,53% (Tabela 1). Isso pode ocorrer por conta da facilidade do acesso a essa terapêutica, em razão da habilitação de determinados hospitais gerais para realizarem cirurgia oncológica⁵⁰. Certos diagnósticos são estabelecidos após a análise histopatológica do material, ou seja, após remoção cirúrgica⁵¹⁻⁵³. Em contrapartida, a radioterapia isolada possui menor prevalência em tempo oportuno, seguida de radioterapia associada à quimioterapia, tal fato pode ocorrer por causa da carência de infraestrutura e de profissionais especializados em radioterapia, o que compromete a capacidade de atendimento, gerando atrasos no início e continuidade do tratamento^{54,55}.

Os fatores mencionados contribuem para que os pacientes consigam o acompanhamento em estágios mais avançados da doença. Segundo a Tabela 1, o estadiamento IV teve maior prevalência de tratamento em tempo oportuno do que os estadiamentos II e I, respectivamente. Em virtude da sobrecarga no SUS em absorver todos os casos, é realizada uma regulação, a qual prioriza as neoplasias em estágios mais avançados e com maior sintomatologia⁵⁶. Essa condição está associada a um pior prognóstico, maiores taxas de morbimortalidade e necessidade de tratamentos mais agressivos^{3,4}.

Tal sobrecarga ocorre por conta de diversos fatores, entre eles, a restrição do acesso às Unidades Básicas de Saúde, as quais majoritariamente funcionam até as 18 horas, sendo desafiador aos trabalhadores que estão cumprindo jornadas de trabalho, fazendo com que a porta de entrada do SUS não esteja acessível para uma parcela trabalhadora da população^{57,58}. Além disso, há barreiras administrativas e logísticas, como filas de espera extensas decorrentes da escassez de profissionais especializados e da burocracia excessiva, que causam lentidão nos processos de autorização para exames essenciais⁵⁹. Do mesmo modo que as falhas na comunicação entre os níveis de atenção dificultam o entendimento do paciente a respeito do quadro, contribuindo para o adiamento ou ausência do paciente em consultas^{59,60}. Outro fator contribuinte gira em torno dos pacientes que vivem em regiões rurais ou cidades pequenas, os quais precisam percorrer longas distâncias até os centros de referência, especialmente nos casos em que existe uma irregularidade do transporte sanitário, ou até mesmo sua ausência⁶¹. Diversos fatores adicionais influenciam potencialmente o atraso no início do tratamento oportuno, tais como raça, etnia, *status socioeconômico*, acesso a plano de saúde e residência em área rural³¹. Contudo, tais informações não estão disponíveis no PAINEL-Oncologia, impossibilitando a avaliação da influência desses fatores neste estudo. A ausência de tais dados limita uma análise



mais abrangente e aprofundada das disparidades no acesso e na qualidade do tratamento oncológico. Esses aspectos evidenciam falhas no planejamento da Rede de Atenção Oncológica que comprometem o acesso e a equidade na oferta de tratamento.

Com o objetivo de reverter esse cenário, foi criada a Lei n.º 14.758/2023, que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e define princípios como o acesso integral, adequado e oportuno, visando reduzir a mortalidade e a incapacidade causada pelo câncer⁶². De forma complementar, foram publicadas as Portarias GM/MS n.º 6.590¹⁰, n.º 6.591⁶³ e n.º 6.592/2025⁶⁴, que detalham ações estratégicas para a organização da Rede de Atenção Oncológica no SUS. Entre essas ações, destacam-se: o fortalecimento da Atenção Primária como porta de entrada e coordenadora do cuidado⁶³; a implantação da Rede de Prevenção e Controle do Câncer (RPCC), com fluxos regulatórios padronizados; o Programa de Navegação do Paciente, que visa reduzir barreiras de acesso e garantir acompanhamento contínuo dos pacientes oncológicos; e a regulação do acesso com base no estadiamento e gravidade clínica.

Essa ênfase na APS é fundamental para o rastreamento precoce, a identificação de sinais suspeitos e o encaminhamento ágil, reduzindo o intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento. Além disso, as Portarias incentivam a regionalização da oferta de serviços especializados, a qualificação dos profissionais da rede e a integração dos sistemas de informação para monitoramento efetivo. Essas medidas orientam de forma estruturada como deve se dar o acesso ao tratamento do câncer no SUS, contribuindo para reduzir atrasos e melhorar os desfechos clínicos dos pacientes oncológicos.

Entretanto, apesar dos avanços normativos recentes, a implementação prática dessas diretrizes ainda enfrenta desafios que impactam o acesso efetivo ao tratamento. Portanto, a análise dos dados reais sobre o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, conforme a realizada neste estudo, é fundamental para compreender essas lacunas e subsidiar políticas públicas que aprimorem o cuidado oncológico no SUS.

CONCLUSÃO

Ao analisar o tempo do diagnóstico até o início do tratamento na Região Sul do Brasil, percebe-se um aumento expressivo de tratamento em tempo oportuno entre os anos de 2013 e 2023. Entre o perfil de paciente oncológico com menor prevalência de tratamento em tempo oportuno, estão: os pacientes do sexo masculino;

acima de 50 anos; com diagnóstico específico de neoplasia de órgãos genitais masculinos; e a radioterapia isolada sendo a modalidade terapêutica de escolha. Entre os Estados da Região Sul, Santa Catarina apresentou a menor taxa de tratamento em tempo oportuno. Dessa forma, este estudo evidenciou disparidades no início oportuno do tratamento oncológico segundo a faixa etária, o tipo de neoplasia, o estadiamento e a localização geográfica. Assim, foi possível identificar falhas estruturais na Rede de Atenção Oncológica no SUS.

Diante desses resultados, recomenda-se o fortalecimento da regulação intermunicipal, priorizando o rastreamento e o encaminhamento precoce de pacientes com menor taxa de tratamento oportuno, especialmente nas Regiões de desempenho mais crítico. Além disso, torna-se essencial investir na capacitação de profissionais para o rastreio de neoplasias, identificação de sinais precoces e na implementação da Portaria GM/MS n.º 6.592/2025⁶⁴, que estabelece o início do Programa de Navegação já na suspeita diagnóstica, com atuação integrada dos núcleos de gestão, equipes reguladoras e comitês de governança. Considerando as variações entre os Estados da Região Sul, é importante também que as estratégias de enfrentamento sejam adaptadas às realidades locais, com análise crítica das políticas públicas e da organização dos serviços oncológicos.

O presente estudo apresentou limitações, principalmente em razão da incompletude e de inconsistências nos dados disponíveis, além da ausência de variáveis importantes para determinar o tempo até o início do tratamento não contempladas no PAINEL-Oncologia. Portanto, sugere-se priorizar estratégias que melhorem a qualidade e a completude dos registros, fortalecendo o monitoramento e a gestão dos tratamentos oncológicos no Brasil. Essas iniciativas não apenas contribuirão para estudos futuros mais robustos, mas também orientarão intervenções mais eficazes e oportunas, garantindo o cumprimento dos princípios fundamentais do SUS, como a universalidade do acesso e a integralidade da assistência à saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Sidney Pereira Dachi e ao Dr. Gilberto Sadin por suas valiosas contribuições metodológicas e sugestões críticas durante a escrita deste artigo.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na coleta, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica; e aprovaram a versão final a ser publicada.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES

Nada a declarar.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todos os conteúdos subjacentes ao texto do artigo estão contidos no manuscrito.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer [Internet]. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2020. [acesso em 2023 set 5]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-6-edicao-2020.pdf>
2. Bray F, Laversanne M, Weiderpass E, et al. The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. *Cancer*. 2021;127(16):3029-30. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.33587>
3. Crosby D, Bhatia S, Brindle KM, et al. Early detection of cancer. *Science*. 2022;375(6586):eaay9040. doi: <https://doi.org/10.1126/science.aay9040>
4. World Health Organization. Cancer [Internet]. Geneva: WHO; 2022; [acesso em 2023 set 5]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
5. Jedy-Agba E, McCormack V, Olaomi O, et al. Determinants of stage at diagnosis of breast cancer in Nigerian women: sociodemographic, breast cancer awareness, health care access and clinical factors. *Cancer Causes Control*. 2017;28(7):685-97. doi: <https://doi.org/10.1007/s10552-017-0894-y>
6. Nelson AE, Milner DA, Rebbeck TR, et al. Oncologic care and pathology resources in Africa: survey and recommendations. *J Clin Oncol*. 2016;34(1):20-6. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.61.9767>
7. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1988 out 5 [acesso 2021 mar 7]; Seção I:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
8. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990 set 20 [acesso em 2023 set 5]; Edição 182; Seção 1:18055-6. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
9. Presidência da República (BR). 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 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 nov 23 [acesso em 2023 set 5]; Edição 226; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 6.590, de 3 de fevereiro de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para regulamentar a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer - PNPCC, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2025 fev 6 [acesso em 2025 jun 30]; Edição 26; Seção 1:63. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-6.590-de-3-de-fevereiro-de-2025-611094415>
11. Presidência da República (BR). 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 dias. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2019 out 31 [acesso em 2023 set 5]; Edição 2011; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/LeiL13896.htm
12. Atty ATM, Jardim BC, Dias MBK, et al. PAINEL-Oncologia: uma ferramenta de gestão. *Rev Bras Cancerol*. 2020;66(2):e-04827. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.827>
13. Sobral GS, Araújo YB, Kameo SY, et al. Análise do tempo para início do tratamento oncológico no Brasil: fatores demográficos e relacionados à neoplasia. *Rev Bras Cancerol*. 2022;68(3):e-2354. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2354>
14. Zavala VA, Bracci PM, Carethers JM, et al. Cancer health disparities in racial/ethnic minorities in the United States. *Br J Cancer*. 2021;124(2):315-32. doi: <https://doi.org/10.1038/s41416-020-01038-6>
15. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022. [acesso em 2023 set 5]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>
16. Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas. Taxa de cobertura populacional da atenção básica (2021–2024) [Internet]. Belém: FAAEP; 2024. [acesso em 2025 jun 7]. Disponível



- em: <https://fapespa.pa.gov.br/sistemas/pcn2024/tabelas/4-saude/22-taxa-de-cobertura-populacional-da-atencao-basica-2021-2024.htm>
17. Oliveira Friestino JK, Rossetto M, Conceição VM et al. Organização dos serviços de saúde para assistência de crianças, adolescentes e adultos jovens com câncer: região Oeste de Santa Catarina. *Rev Bras Cancerol.* 2022;68(3):e-092277. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2277>
 18. TABNET [Internet]. Brasília, DF: DATASUS; ©2008. [acesso em 2023 set 5]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/> http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def/
 19. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Edusp; 2008.
 20. Ministério da Saúde (BR). Nota técnica: Painel de monitoramento de tratamento oncológico: PAINEL-Oncologia [Internet]. Brasília, DF: DATASUS; 2013. [acesso em 2023 set 5]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/painel_onco/doc/painel_oncologia.pdf
 21. SIA/SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. [data desconhecida] – [acesso 2025 jan 25]. Disponível em: <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>
 22. SIH: Sistema de Informações Hospitalares [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. [data desconhecida] – [acesso 2025 jan 25]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao-producao-hospitalar-sih-sus/>
 23. SISCAN: Sistema de Informação do Câncer [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. [data desconhecida] – [acesso 2025 jan 25]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/sistema-de-informacao-do-cancer-siscan-colon-uterino-e-mama/>
 24. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3:21. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>
 25. SPSS®: Statistical Package for Social Science (SPSS) [Internet]. Versão 20.0. [Nova York]. International Business Machines Corporation. [acesso 2023 mar 9]. Disponível em: https://www.ibm.com/br-pt/spss?utm_content=SRCWW&p1=Search&p4=43700077515785492&p5=p&gclid=CjwKCAjwgZCoBhBnEiwAz35RWiltb7s14pOSLocnooMOQh9qAL59IHVC9WP4ixhNTVMjenRp3-aEgxoCubsQAvD_BwE&gclsrc=aw.ds
 26. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso 2025 abr 7]; Seção 1:44. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
 27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à 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 [Internet], Brasília, DF; 2018 maio 21 [acesso em 2024 out 20]; Edição 96; Seção 1:71. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=21/05/2018&jornal=515&pagina=71>
 28. Porto LR, Costa VD, Bandeira LG, et al. Impacto da pandemia do COVID-19 no diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero: um estudo retrospectivo brasileiro. *Rev Med (São Paulo)*. 2024;103(esp):e-222670. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v103iesp.e-222670>
 29. Shah R, Loo CE, Hanna NM, et al. Global review of COVID-19 mitigation strategies and their impact on cancer service disruptions. *J Cancer Policy*. 2024;41:100486. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2024.100486>
 30. Patel TA, Orav EJ, Phelan J, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on timely treatment among patients with breast, lung, and colorectal cancer. *J Clin Oncol.* 2024;42(16_suppl):e23147. doi: https://doi.org/10.1200/JCO.2024.42.16_suppl.e23147
 31. Attalla K, Paulucci DJ, Blum K, et al. Demographic and socioeconomic predictors of treatment delays, pathologic stage, and survival among patients with penile cancer: a report from the National Cancer Database. *Urol Oncol.* 2018;36(1):14.e1724. doi: <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2017.09.014>
 32. Rocha CV. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. *Cad Metróp.* 2016;18(36):377-99. doi: <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2016-3604>
 33. Bordin GM, Melanda VS, Oliveira SC, et al. Panorama do câncer bucal no estado do Paraná, Brasil: uma análise epidemiológica do período 2008–2019. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* 2022;10(3):463-74. doi: <https://doi.org/10.18554/refacs.v10i3.6008>
 34. Rocha-Brischiliari SC, Andrade L, Nihei OK, et al. Spatial distribution of breast cancer mortality: socioeconomic disparities and access to treatment in the state of Paraná, Brazil. *PLoS One.* 2018; 13(10):e0205253. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205253>
 35. Oliveira Friestino JK, Rossetto M, Conceição VM, et al. Organização dos serviços de saúde para assistência



- de crianças, adolescentes e adultos jovens com câncer: Região Oeste de Santa Catarina. Rev Bras Cancerol. 2022;68(3):e-092277. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2277>
36. Secretaria de Estado da Saúde (SC). Plano de ação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Câncer em Santa Catarina [Internet]. Florianópolis: Secretaria Estadual de Saúde; 2016. [acesso em 2024 nov 1]. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexo-de-deliberacoes-2016/10183-anexo-del-15/file>
 37. Dornelles R, Areosa SC. A governança como instrumento de ampliação da regionalização da saúde no Rio Grande do Sul. Saúde Transform Soc [Internet]. 2020 [acesso em 2024 nov 1];11(2):27-46. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudetransformacao/article/view/5557/5675>
 38. Berben L, Floris G, Wildiers H, et al. Cancer and aging: two tightly interconnected biological processes. Cancers (Basel). 2021;13(6):1400. doi: <https://doi.org/10.3390/cancers13061400>
 39. Ju W, Zheng R, Wang W, et al. The occurrence of cancer in ageing populations at global and regional levels, 1990 to 2019. Age Ageing. 2023;52(3):1-10. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afad043>
 40. Laryionava K, Heubner P, Hiddemann W, et al. "Rather one more chemo than one less": oncologists and oncology nurses' reasons for aggressive treatment of young adults with advanced cancer. Oncologist. 2018;23(2):256-62. doi: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0094>
 41. Foster JA, Salina GD, Mansell D, et al. How does older age influence oncologists' cancer management? Oncologist. 2010;15(6):584-92. doi: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2009-0198>
 42. Whitaker KL, Cromme S, Winstanley K, et al. Emotional responses to the experience of cancer 'alarm' symptoms. Psychooncology. 2016;25(5):567-73. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.3964>
 43. Renzi C, Kaushal A, Emery J, et al. Comorbid chronic diseases and cancer diagnosis: disease-specific effects and underlying mechanisms. Nat Rev Clin Oncol. 2019;16(12):746-61. doi: <https://doi.org/10.1038/s41571-019-0249-6>
 44. Palmer R, Smith BJ, Kite J, et al. The socio-ecological determinants of help-seeking practices and healthcare access among young men: a systematic review. Health Promot Int. 2024;39(2):daae024. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05045-6>
 45. Seidler ZE, Benakovic R, Wilson MJ, et al. "I'd have no idea how to go about this" - a survey of Australian medical students' perspectives on their men's health education. BMC Med Educ. 2024;24(1):260. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05045-6>
 46. Cordeiro E, Dixon M, Coburn N, et al. A patient-centered approach to wait times in the surgical management of breast cancer in the province of Ontario. Ann Surg Oncol. 2015;22(8):2509-16. doi: <https://doi.org/10.1245/s10434-014-4320-3>
 47. Hulvat M, Sandalow N, Rademaker A, et al. Time from diagnosis to definitive operative treatment of operable breast cancer in the era of multimodal imaging. Surgery. 2010;148(4):746-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.surg.2010.07.012>
 48. Fritz CDL, Otegbeye EE, Zong X, et al. Red-flag signs and symptoms for earlier diagnosis of early-onset colorectal cancer. J Natl Cancer Inst. 2023;115(8):909-16. doi: <https://doi.org/10.1093/jnci/djad068>
 49. Noguchi T, Ishihara S, Uchino M, et al. Clinical features and oncological outcomes of intestinal cancers associated with ulcerative colitis and Crohn's disease. J Gastroenterol. 2023;58(1):14-24. doi: <https://doi.org/10.1007/s00535-022-01927-y>
 50. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 1.399, de 19 de dezembro de 2019. Institui a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2019 dez 19 [acesso em 2025 jun 7]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2019/prt1399_19_12_2019.html
 51. Bassiri A, Badrinathan A, Alvarado CE, et al. Evaluating the optimal time between diagnosis and surgical intervention for early-stage lung cancer. J Surg Res. 2023;292:297-306. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.08.003>
 52. Mateo AM, Mazor AM, Obeid E, et al. Time to surgery and the impact of delay in the non-neoadjuvant setting on triple-negative breast cancers and other phenotypes. Ann Surg Oncol. 2020;27(5):1679-92. doi: <https://doi.org/10.1245/s10434-019-08050-y>
 53. Bible KC, Kebebew E, Brierley J, et al. 2021 American Thyroid Association guidelines for management of patients with anaplastic thyroid cancer. Thyroid. 2021;31(3):337-86. doi: <https://doi.org/10.1089/thy.2020.0944>
 54. Bese NS, Hendry J, Jeremic B. Effects of prolongation of overall treatment time due to unplanned interruptions during radiotherapy of different tumor sites and practical methods for compensation. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2007;68(3):654-61. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2007.03.010>
 55. Slevin NJ, Hendry JH, Roberts SA, et al. The effect of increasing the treatment time beyond three weeks on the control of T2 and T3 laryngeal cancer using radiotherapy. Radiother Oncol. 1992;24(4):215-20. doi: [https://doi.org/10.1016/0167-8140\(92\)90226-k](https://doi.org/10.1016/0167-8140(92)90226-k)



56. Abrao FC, Abreu IRL, Rocha RO, et al. Impact of the delay to start treatment in patients with lung cancer treated in a densely populated area of Brazil. *Clinics*. 2017;72(11):676-81. doi: [https://doi.org/10.6061/clinics/2017\(11\)05](https://doi.org/10.6061/clinics/2017(11)05)
57. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Health services accessibility in a city of Northeast Brazil. *Cad Saude Publica*. 2010;26(4):725-37. doi: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2010000400015>
58. Almeida PF, Santos AM, Cabral LMS, et al. Context and organization of primary health care in remote rural communities in Northern Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2021;37(11):e00255020. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00255020>
59. Rahman AS, Shi S, Meza PK, et al. Waiting it out: consultation delays prolong in-patient length of stay. *Postgrad Med J*. 2019;95(1119):1-5. doi: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-136269>
60. Fefferman ML, Stump TK, Thompson D, et al. Patient-reported observations on medical procedure timeliness (PROMPT) in breast cancer: a qualitative study. *Breast Cancer Res Treat*. 2024;208(1):123-32. doi: <https://doi.org/10.1007/s10549-024-07406-7>
61. Spees LP, Brewster WR, Varia MA, et al. Examining urban and rural differences in how distance to care influences the initiation and completion of treatment among insured cervical cancer patients. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2019;28(5):882-9. doi: <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-18-0945>
62. Presidência da República (BR). Lei nº 14.758, de 22 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União [Internet] Brasília, DF. 2023 dez 20 [acesso 2025 jun 13]; Edição 241; Seção 1:1-3. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/12/2023&jornal=515&pagina=1&totalArquivos=212>
63. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.591, de 4 de fevereiro de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e institui, no âmbito da política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer- PNPCC, a Rede de Prevenção e Controle do Câncer-RPCC. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2025 fev 7 [acesso em 2025 jun 13]; Edição 27; Seção 1:87. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-6.591-de-4-de-fevereiro-de-2025-611336496>
64. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 6.592, de 4 de fevereiro de 2025. Altera a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa de navegação da pessoa com diagnóstico de câncer, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2025 fev 7 [acesso em 2025 jun 30]; Edição 27; Seção 1:90. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-6.592-de-4-de-fevereiro-de-2025-611349153>

| Recebido em 2/4/2025
Aprovado em 8/7/2025

