

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

As informações sobre a morbidade hospitalar por câncer, em crianças, adolescentes e adultos jovens, têm como objetivo contribuir para um melhor conhecimento da doença, a partir das informações coletadas nos prontuários dos pacientes que buscam assistência oncológica nos hospitais habilitados pelo SUS.

A coleta das informações pelos RHC é feita na ficha de cadastro de tumor, que é o documento Fonte do Sistema de Informação de Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC).

No ano de 2007, o INCA desenvolveu e implantou um sistema informatizado de acesso pela internet, o módulo IntegradorRHC, que permite consolidar, monitorar e analisar as informações nacionais dos RHC brasileiros. Os RHC enviam, pela internet, a base de dados consolidada no programa SisRHC.

No IntegradorRHC, existem, atualmente, informações sobre mais de dois milhões de casos de câncer. A tarefa exitosa de consolidar uma base nacional a partir do recebimento de arquivos de dados de 271 RHC faz grande a responsabilidade, não só em relação à manutenção e à atualização dessa base, mas principalmente na criação de mecanismos que permitam que informações nela existentes reflitam a realidade da assistência hospitalar prestada aos pacientes atendidos nos hospitais da rede.

As informações existentes sobre algumas características relativas à chegada do paciente no hospital do RHC informante, somadas àquelas sobre o tratamento realizado e a possibilidade de demonstrar o tempo decorrido entre a primeira consulta, o diagnóstico e o tratamento realizado no hospital, mostram a importância da disseminação e recomendação do uso das informações disponíveis no IntegradorRHC.

É pela certeza de que divulgação e uso são instrumentos fundamentais e necessários para a sua qualificação, que são apresentadas as informações existentes no IntegradorRHC sobre o adoecimento por câncer no grupo de crianças, adolescentes e adultos jovens.

Crianças e adolescentes (de 0 a 19 anos)

Os tumores infantojuvenis notificados ao IntegradorRHC, com a data de primeira consulta para tratamento nos anos de 2009 a 2011, correspondem a 2,8% de todas as neoplasias informadas. Os tumores classificados nos grupos I e II da Cici – leucemias, doenças mieloproliferativas e doenças mielodisplásicas (30,6%) e linfomas e neoplasias reticuloendoteliais (16,6%) – foram os mais frequentes, responsáveis por 47,2% do total de casos. Em terceiro lugar, com 9,3% dos casos, foram informados os tumores do grupo III – de SNC e neoplasias intracranianas e intraespinhais, seguidos das neoplasias do grupo XI – outros neoplasmas malignos epiteliais e outros melanomas malignos (9,1%) e das neoplasias do grupo VIII – tumores ósseos malignos (8,2%) (Tabela 232).

Observa-se que, na distribuição por grupo etário, as neoplasias do grupo I são as mais frequentes em todas as idades, mas os linfomas, nas crianças até 1 ano, têm um peso menor, uma vez que os neuroblastomas (15,9%) e os retinoblastomas (15,4%) são os tumores com maiores frequências relativas. Os outros carcinomas e os carcinomas não especificados, classificados no grupo XI da Cici, representaram 10,8% dos casos nos menores de 1 ano, o que pode ser reflexo da qualidade da informação disponível em relação à determinação do tipo histológico. Já nas crianças com idade entre 1 e 4 anos, 40,1% de todos os tumores registrados foram leucemias, doenças mieloproliferativas e doenças mielodisplásicas, seguidas pelos tumores renais (12,2%). Predominaram, nas crianças de 5 a 9 anos, os tumores hematológicos, com 56,3% dos casos informados. Do mesmo modo, naqueles com idade entre 10 e 14 anos, 50% dos tumores foram leucemias, doenças mieloproliferativas e mielodisplásicas (29,6%) e linfomas e neoplasias reticuloendoteliais (20,4%). Enquanto os tumores do SNC e miscelânea de neoplasias intracranianas e intraespinhais apareceram como os terceiros mais frequentes entre as crianças de 5 a 9 anos, nos adolescentes de 10 a 14 anos, essa posição é ocupada pelos tumores ósseos (13,8%). No grupo de adolescentes de 15 a 19 anos, as neoplasias hematológicas são seguidas em frequência pelas neoplasias do grupo XI – outros neoplasmas malignos epiteliais e outros melanomas malignos (carcinomas e outras neoplasias malignas epiteliais), com 17,7% e pelos tumores ósseos malignos (13,0%) (Tabela 232).

A análise da distribuição dos casos para o sexo masculino demonstra que, para todas as faixas etárias, as maiores proporções foram leucemias, doenças mieloproliferativas e doenças mielodisplásicas, com exceção da faixa entre 15 e 19 anos. Os linfomas e as neoplasias reticuloendoteliais apresentaram um padrão de baixa frequência nos menores de 1 ano (4,1%), aumentando com a idade, até a frequência mais alta, no grupo de adolescentes de 15 a 19 anos (25,1%). Entre os meninos menores de 1 ano, em ordem de grandeza, estão leucemias, doenças mieloproliferativas e doenças mielodisplásicas (19,4%), neuroblastoma e outros tumores de células nervosas periféricas (17,4%) e retinoblastoma (14,8%). Por sua vez, entre aqueles com idade de 1 a 4 anos, de 5 a 9 anos e de 10 a 14 anos, as maiores proporções foram para leucemias, doenças mieloproliferativas e doenças mielodisplásicas (41,5%; 39,4% e 30,3%, respectivamente) e linfomas e neoplasias reticuloendoteliais (10,8%; 20,8% e 24,8%, respectivamente). As neoplasias hematológicas representaram 60,2% do total de casos nas idades entre 5 e 9 anos. Quando se analisou a faixa de 15 a 19 anos, os tipos de tumores mais frequentes foram linfomas e neoplasias reticuloendoteliais (25,1%), seguidos por leucemias, doenças mieloproliferativas e doenças mielodisplásicas (20,7%) e pelos tumores ósseos malignos (15,9%) (Tabela 233).

No sexo feminino, nas faixas etárias entre 1 e 4 anos, 5 e 9 anos e 10 e 14 anos, leucemias, doenças mieloproliferativas e doenças mielodisplásicas foram as mais frequentes. Com relação aos linfomas e às neoplasias reticuloendoteliais, foi observado um padrão semelhante ao sexo masculino, no qual as menores proporções foram observadas para os menores de 1 ano (1,9%) e as maiores proporções entre aqueles de 15 a 19 anos (23,7%). Entre as meninas menores de 1 ano, as neoplasias do grupo XI – outras neoplasias malignas epiteliais e outros melanomas – foram as mais frequentes (19,9%), seguidas pelo retinoblastoma (16,1%), que, juntamente com leucemias, doenças mieloproliferativas e doenças mielodisplásicas (14,7%), representaram 50,7% de todos os tumores registrados. Para aquelas com idade de 1 a 4 anos, leucemias, doenças mieloproliferativas e doenças mielodisplásicas representaram 38,5% dos casos, seguidas de tumores renais (15,4%). Por sua vez, nas meninas de 5 a 9 anos, leucemias, doenças mieloproliferativas e doenças

mielodisplásicas foram mais frequentes (39,8%), seguidas por tumores do SNC e miscelânea de neoplasias intracranianas e intraespinhais (14,6%). Para as adolescentes de 10 a 14 anos, leucemias, doenças mieloproliferativas e doenças mielodisplásicas, e linfomas e neoplasias reticuloendoteliais, juntos, representaram 43,9% do total de casos. Entre os tumores sólidos, os ósseos foram os mais frequentes (15,2%). Finalmente, nas adolescentes de 15 a 19 anos, outras neoplasias malignas epiteliais e outros melanomas (24,4%), linfomas e neoplasias reticuloendoteliais (23,7%) e leucemias, doenças mieloproliferativas e doenças mielodisplásicas (17,9%), juntos, representaram 66,0% dos casos (Tabela 234).

Foi possível observar que os tumores com predomínio no sexo feminino foram aqueles classificados nos grupos de tumores hepáticos (55,4%), de tumores de células germinativas, trofoblásticos e neoplasias gonadais (51,7%) e de outras neoplasias malignas epiteliais e outros melanomas malignos (carcinomas e outras neoplasias malignas epiteliais) (59,7%) (Figura 123).

Observa-se, pela distribuição dos casos pelos grandes grupos da Cici, por faixa etária, que, para leucemias, as maiores proporções foram de crianças de 1 a 4 anos (32,4%), de 5 a 9 anos (25,1%) e de 10 a 14 anos (21,9%). Já para os linfomas, 39,1% dos casos ocorreram no grupo de idade de 15 a 19 anos. Na distribuição por idade dos neuroblastomas, retinoblastomas e tumores renais, observa-se um predomínio de casos nas crianças menores de 5 anos: 79,4%, 94,5% e 67,3%, respectivamente. Os casos de 1 a 14 anos têm uma frequência relativa homogênea para os tumores do SNC e miscelânea intracranianas e intraespinhais. Já a análise da distribuição etária de tumores ósseos malignos, tumores de tecidos moles e outros sarcomas extraósseos (sarcomas de partes moles), de tumores de células germinativas, trofoblásticos e gonadais e de outros neoplasmas malignos epiteliais e outros melanomas malignos revelou o predomínio no grupo de adolescentes de 15 a 19 anos, seguido pelo grupo de 10 a 14 anos (Figura 124).

A distribuição dos casos por Região geográfica dos RHC mostra que a Região Sudeste concentrou 43,4% dos casos, seguida pelas Regiões Nordeste (28,2%) e Sul (18,5%). As menores proporções foram observadas nas Regiões Norte (6,4%) e

Centro-Oeste (3,6%). Esse feito pode estar relacionado à distribuição da população nas Regiões brasileiras (Figura 125). Ao desagregarem-se as informações segundo Região e UF, observa-se que, em todas as Regiões, são os tumores hematológicos os de maior frequência no grupo de crianças e adolescentes, com diferenças na distribuição entre as UF que compõe cada uma dessas Regiões (Tabelas de 235 a 239).

É possível, na vigilância hospitalar do câncer, descrever os casos informados de acordo com o tipo de habilitação em oncologia, pelo SUS, do hospital onde está situado o RHC responsável pela informação. Os casos de câncer foram distribuídos em dois grupos: casos informados por hospitais habilitados e por não habilitados especificamente em oncologia pediátrica.

A distribuição proporcional dos casos de câncer em crianças e adolescentes, por grupos de idade e habilitação ou não em oncologia pediátrica, mostra que, em todos os grupos de idade, o predomínio foi de casos informados por hospitais habilitados em oncologia pediátrica, para os casos com ano de primeira consulta para o tratamento do tumor compreendido no período de 2009 a 2011. No grupo de 15 a 19 anos, somente 57,1% dos casos foram informados por hospitais com habilitação específica em oncologia pediátrica (Figura 126). A análise segundo a Região de localização do RHC demonstra que as maiores proporções de casos de câncer foram informadas pelas instituições de saúde habilitadas em oncologia pediátrica (Figura 127). O mesmo ocorre na observação das proporções de casos informados por instituições de saúde habilitadas em cada Estado, com exceção dos Estados do Acre, Amapá, Roraima, Tocantins, Maranhão e Goiás, que apresentaram 100% dos atendimentos registrados em instituições de saúde não habilitadas em pediatria (Tabela 240).

Um aspecto importante da assistência oncológica, que pode ser avaliado a partir das informações dos RHC, é o conhecimento dos intervalos de tempo decorridos da primeira consulta ao diagnóstico, do diagnóstico ao início do tratamento e da primeira consulta ao início do tratamento. Essas informações permitem revelar prováveis dificuldades de acesso do paciente com câncer à assistência especializada, seja pela demora no início do tratamento a partir do diagnóstico recebido, seja pela

demora na confirmação diagnóstica, já no nível terciário da atenção, ou ainda pelo longo intervalo de tempo até o início do tratamento.

O intervalo de tempo decorrido entre diagnóstico e tratamento não deve ser superior a 60 dias, segundo o estabelecido na Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. A portaria do Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde (GM/MS) nº 1.220, de 3 de junho de 2014, estabelece que o prazo de até 60 dias deva ser contado, a partir do diagnóstico firmado por laudo patológico para o início do tratamento (BRASIL, 2012).

A análise da proporção de casos de câncer em crianças e adolescentes por intervalo de tempo decorrido (em dias) entre primeira consulta e diagnóstico, diagnóstico e tratamento e primeira consulta e tratamento revela que, no que diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento, 80,8% dos casos que chegam ao hospital sem diagnóstico e tratamento e 33,5% dos pacientes que chegam com diagnóstico e sem tratamento iniciaram o tratamento em até 60 dias. Uma maior proporção de pacientes, que chega ao hospital sem diagnóstico, consegue ter o tumor diagnosticado e o tratamento iniciado em tempo menor do que aqueles que chegam ao hospital com diagnóstico, mostrando provavelmente a dificuldade de acesso daqueles pacientes que receberam o diagnóstico em outras unidades que não aquelas em condições de tratar o paciente oncológico. Já em 83,9% dos casos, os pacientes tiveram até 30 dias de intervalo entre a primeira consulta e o diagnóstico (Tabela 241). A análise desses intervalos pelas medidas de tendência central e dispersão para o país e por suas Regiões mostra que, para todo o Brasil, o tempo mediano entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de sete dias, sendo que, para 75% dos casos, esse tempo foi de até 30 dias e o desvio-padrão, de 96 dias. Por sua vez, o tempo mediano entre a consulta e o diagnóstico foi de seis dias e entre a consulta e o início do tratamento foi de 11 dias (Tabela 242). Quando se analisou a distribuição dos tempos, de acordo com as Regiões do Brasil (Tabela 243), foi possível constatar que as Regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram os menores tempos medianos entre o diagnóstico e o início do tratamento, três e quatro dias, enquanto as Regiões Norte e Sudeste apresentaram as maiores medianas, 14 dias e 9 dias, respectivamente. Em relação

ao tempo entre a consulta e o diagnóstico, as medianas foram homogêneas entre as Regiões. Isso também ocorre em relação ao intervalo de tempo entre a consulta e o início do tratamento (Tabelas 242 e 243).

A observação desses tempos, levando-se em consideração a habilitação em pediatria mostra que o tempo mediano entre diagnóstico e tratamento, para os habilitados em oncologia pediátrica, foi de sete dias, sendo que 75% dos casos iniciaram o tratamento em até 29 dias. Embora os não habilitados em pediatria apresentassem o tempo mediano de seis dias, 75% iniciaram o tratamento em até 32 dias. Quando analisados os tempos entre consulta e diagnóstico, foi observado que as instituições de saúde habilitadas em oncologia pediátrica apresentaram a menor mediana, seis dias, e 75% dos casos de câncer receberam diagnóstico em até 18 dias, em comparação ao tempo mediano de sete dias, e 75% com diagnóstico em até 21 dias, para aqueles sem habilitação específica em pediatria (Tabela 244).

Adolescentes e adultos jovens (de 15 a 29 anos)

A distribuição da proporção de casos de câncer, segundo a Caaj, por faixas etárias, para ambos os sexos, evidencia que, de uma maneira geral, as maiores frequências foram observadas para os carcinomas (com exceção de pele), que representaram 38,4% dos casos, seguidos por linfomas, 18,3%, e leucemias, com 10,9%. Juntas, essas três neoplasias somaram 67,6% do total de casos de câncer nos adolescentes e adultos jovens. Nas pessoas com idade entre 15 e 19 anos, os tumores hematológicos representaram 43,2% do total de casos de câncer, seguido pelos carcinomas (com exceção de pele), com 16,4%. Nas pessoas com idade entre 20 e 24 anos, foram mais frequentes carcinomas, 32,7%, linfomas, com 21,5% dos casos, e leucemias, com 11,1%. Para aqueles indivíduos com idade entre 25 e 29 anos, os carcinomas (com exceção de pele) foram os mais frequentes, 52,0%, seguidos dos linfomas, 13,5% dos casos, e das leucemias, 7,2% (Tabela 245).

Ao se analisar a proporção de casos para o sexo masculino, entre 2009 e 2011, foi possível observar que os linfomas foram as neoplasias mais frequentes, com 22,5% dos casos, seguidos dos carcinomas (com exceção da pele), 18,2%, e dos tumores

trofoblásticos e de células germinativas, com 15,5%, compreendendo 56,2% do total de casos de câncer nos adolescentes e adultos jovens. Para aqueles com idade entre 25 e 29 anos, os carcinomas (com exceção da pele) predominaram, com 24,6% dos casos. Nesse grupo da Caaj, estão classificados os carcinomas de trato gastrointestinal, de trato urinário e de tireoide, que apresentaram a maior frequência relativa, quando analisados os casos dessa faixa de idade de adultos jovens. Os linfomas (19,6%) foram o segundo tipo mais prevalente, seguidos pelos tumores trofoblásticos e de células germinativas (17,4%) (Tabela 246). Por sua vez, os tumores malignos mais frequentes, entre adolescentes de 15 e 19 anos, foram os linfomas, 25,3%, as leucemias, 20,1%, e os tumores ósseos e condromatosos, com 15,9% dos casos. Juntas, essas neoplasias representaram 61,3% de todos os casos classificados.

Para o sexo feminino, os grupos de tumores mais frequentes em todas as idades de adolescentes e adultos jovens foram os carcinomas (com exceção de pele), com uma proporção de 54,3% dos casos, seguidos pelos linfomas (15,0%) e pelas leucemias (8,2%). Cabe pontuar que a alta proporção de carcinomas (com exceção de pele) é influenciada pelos de trato geniturinário (18,1%), de tireoide (14,8%) e de mama (11,5%). A frequência dos tumores para a faixa etária mais jovem, dos adolescentes entre 15 e 19 anos, foi elevada para os linfomas (23,6%) e carcinomas (com exceção de pele) (23,0%), influenciados principalmente pelo de tireoide (10,0%). As leucemias foram descritas em 16,8% dos casos. Nas mulheres com idade entre 25 e 29 anos, os carcinomas (com exceção de pele) foram os mais prevalentes, 68,0%, influenciados principalmente pelo carcinoma de trato geniturinário (24,5%), de mama (17,5%) e de tireoide (15,7%). De modo semelhante, foram as proporções de casos nas jovens com idade entre 20 e 24 anos, dos quais os carcinomas foram 47,3%, a maior parte especificamente representada pelos carcinomas de tireoide (16,4%) e de trato geniturinário (14,4%) (Tabela 247).

Ao se analisar a distribuição dos grupos de tumores por sexo, percebe-se que, no grupo de adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, foram observados 55,8% dos casos registrados. Maiores percentuais de casos em homens foram observados para leucemias, linfomas, tumores do SNC e outros intracranianos e intraespinhais,



tumores ósseos e condromatosos, sarcomas de partes moles, tumores trofoblásticos e de células germinativas. Os tumores que apresentaram maior proporção de mulheres acometidas foram todos os demais, com destaque para os carcinomas, com 79,0% dos casos em mulheres. Nesse grupo, estão classificados os tumores de tireoide, da mama, do trato geniturinário e do útero (Figura 128).

A distribuição por faixa etária mostra que, de modo geral, para todos os tumores, o maior percentual de casos ocorreu no grupo de 25 a 29 anos, com exceção dos tumores ósseos e condromatosos e das leucemias, com maior proporção entre os adolescentes de 15 e 19 anos, 54,2% e 38,5% de casos, respectivamente (Figura 129).

Quando se leva em conta a distribuição geográfica do RHC informante, observa-se que a Região Sudeste concentrou 43,2% dos casos, seguida pela Região Nordeste, com 27,7%. As Regiões Norte e Centro-Oeste concentraram as menores proporções de casos, 5,4% e 3,3%, respectivamente (Figura 247). Ao desagregarem-se as informações segundo Região e UF, observa-se que, em geral, os carcinomas (com exceção de pele) foram os mais frequentes em todas as Regiões do Brasil, variando entre 33,4% no Sul e 44,5% no Nordeste. Os linfomas foram o segundo mais frequente, variando entre 13,8% no Centro-Oeste e 20,3% no Sudeste. Por sua vez, as leucemias variaram entre 10,0% no Sul e 13,8% no Norte. Na Região Norte, os carcinomas (com exceção de pele) foram os mais frequentes em todos os Estados. No Estado do Amazonas, as leucemias representaram 20,9%, enquanto, no Tocantins, 11,0%. Na Região Nordeste, o padrão da distribuição percentual foi similar aos casos informados pelos Estados da Região Norte, onde os carcinomas (com exceção de pele) foram mais frequentes, variando entre 37,2% no Sergipe e 50,8% na Bahia. Os linfomas foram o segundo grupo de tumores mais frequentes em todos os Estados, seguidos pelas leucemias. Na Região Sudeste, os Estados apresentaram uma distribuição percentual similar, os carcinomas (com exceção de pele) foram os mais frequentes, variando entre 30,6% no Rio de Janeiro e 37,5% em Minas Gerais, seguidos por linfomas e leucemias. Seguindo o mesmo padrão apresentado nas outras Regiões do país, no Sul, os carcinomas (com exceção de pele) foram os mais frequentes, seguidos pelos linfomas e pelos tumores trofoblásticos e

de células germinativas, que variaram entre 13,0% no Paraná a 14,0% no Rio Grande do Sul. A distribuição dos casos informados pela Região Centro-Oeste mostra que os carcinomas (com exceção de pele) foram os mais frequentes (41,0%), seguidos pelos linfomas (13,8%) e pelas leucemias (11,0%) (Tabelas de 248 a 252).

Assim com o descrito na parte relativa às informações de câncer em crianças e adolescentes, visando a contribuir para a discussão sobre a assistência oncológica, as Tabelas de 253 a 255 abordam as questões relativas ao intervalo de tempo entre as etapas de consulta, diagnóstico e tratamento do paciente com câncer.

A distribuição da proporção de casos por intervalo de tempo decorrido (em dias) entre primeira consulta e diagnóstico, diagnóstico e tratamento e primeira consulta e tratamento revela que mais de dois terços dos pacientes (72,2%) tiveram o diagnóstico da sua doença confirmado em até um mês após a primeira consulta realizada para o tratamento do tumor. É possível observar ainda que 66,3% das pessoas que chegaram ao hospital sem diagnóstico tiveram o tratamento do tumor iniciado em até 60 dias após o diagnóstico. Por sua vez, daqueles que chegaram ao hospital já com diagnóstico do tumor, apenas 23,3% conseguiram ter seu tratamento iniciado em até 60 dias, mostrando a provável dificuldade de acesso à integralidade do cuidado para aqueles que têm o diagnóstico de tumor realizado em outras unidades que não aquelas com habilitação específica para o tratamento do paciente oncológico. Concordando com essa interpretação, quando comparadas as proporções do intervalo de tempo decorrido entre a consulta e o tratamento, 41% dos casos classificados como sem diagnóstico e tratamento e 50,7% daqueles com diagnóstico e tratamento tiveram seu tratamento iniciado no mesmo dia da consulta ou em até 15 dias (Tabela 253). A análise das medidas de tendência central e dispersão do tempo (em dias) entre primeira consulta e diagnóstico, diagnóstico e primeiro tratamento e primeira consulta e primeiro tratamento, de casos de câncer em adolescentes e adultos jovens, informados pelos hospitais com RHC, para o conjunto dos casos, mostra que, para todo o Brasil, o intervalo de tempo mediano entre o diagnóstico e o tratamento foi de 27 dias, sendo que, para 75% dos casos, esse intervalo foi de 67 dias. Por sua vez, o tempo mediano entre a consulta e o diagnóstico foi de 12 dias, e, em 75% dos casos, de até 35 dias. O intervalo de

tempo mediano entre a data da primeira consulta e o início do tratamento foi de 20 dias (Tabela 254).

Quando essa análise se dá levando-se em consideração a Região do RHC informante, Norte e Sudeste apresentaram as maiores medianas de intervalo de tempo entre o diagnóstico e o primeiro tratamento, 41 dias e 31 dias, respectivamente. No entanto, na Região Sudeste, 75% dos casos tiveram o tratamento iniciado em até 68 dias após o diagnóstico, enquanto, no Norte, esse intervalo de tempo foi de 99 dias. Em relação aos intervalos de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, os casos notificados pela Região Sul apresentaram o menor tempo mediano, sete dias, com 75% de todos os casos com tempo de diagnóstico realizado em até 24 dias. A Região Nordeste apresentou o maior tempo mediano, 17 dias. Na Região Centro-Oeste, foi observado o menor intervalo de tempo mediano entre a data da primeira consulta e o início do primeiro tratamento: nove dias. São da Região Nordeste os casos com o maior intervalo de tempo mediano, de 25 dias, entre a data da primeira consulta até o início do tratamento (Tabela 255).

