

Atraso no diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer de colo de útero atendidas pelo Sistema Único de Saúde em um centro de referência do Sul do Brasil

Delay in the diagnosis and treatment of cervical cancer patients treated by the Unified Health System in a reference center in Southern Brazil

692

O Mundo da Saúde, São Paulo - 2017;41(4):692-702
Artigo Original • Original Paper

Karine Cim Assenção*
Ana Claudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky*
Fabio Postiglione Mansani*

Resumo

O objetivo desse estudo foi identificar possíveis atrasos entre a suspeita diagnóstica, o diagnóstico definitivo e o início do tratamento em pacientes com câncer de colo de útero atendidas pelo Sistema Único de Saúde em um centro de referência para tratamento oncológico no Sul do Brasil. Trata-se de um estudo descritivo de uma série de casos retrospectiva, referentes a 222 pacientes com câncer de colo de útero, encaminhadas para tratamento entre agosto de 2003 e julho de 2013. Foram coletados dados de prontuários, incluindo sociodemográficos, clínicos e os intervalos de tempo transcorridos entre a suspeita, o diagnóstico e o início do tratamento. Dentre as 95 pacientes que iniciaram o quadro clínico com um exame Papanicolaou alterado, apenas 27,4% realizaram biópsia em até 60 dias do exame. Apenas 19,3% das 57 pacientes que iniciaram o quadro clínico com sintomas sugestivos da doença realizaram a biópsia em até 60 após o início dos sintomas. Do total das pacientes, apenas 37,8% iniciaram o tratamento em até 60 dias após o resultado da biópsia, sendo que 15,3% demoraram mais de 180 dias para iniciar o tratamento. Conclui-se que houve atraso entre a suspeita diagnóstica e a realização da biópsia, bem como para o início do tratamento. Estratégias para redução do tempo para o diagnóstico e tratamento da doença devem ser priorizadas.

Palavras-chave: Câncer de Colo do Útero. Diagnóstico. Saúde Pública. Tratamento.

Abstract

The purpose of this study was to identify possible delays between the suspected diagnosis, the definitive diagnosis and the beginning of treatment in patients with cervical cancer treated by the Unified Health System in a reference center for cancer treatment in southern Brazil. This is a retrospective descriptive study of a series of 222 cervical cancer cases referred for treatment between August 2003 and July 2013. Data were collected from medical records, including sociodemographic, clinical and time intervals between suspicion, diagnosis and the beginning of treatment. Among the 95 patients who started the clinical picture with an abnormal Pap smear, only 27.4% performed a biopsy within 60 days of the examination. Only 19.3% of the 57 patients who started the clinical symptoms of the disease performed the biopsy within 60 days after the onset of symptoms. From the total number of patients, only 37.8% started treatment within 60 days after the biopsy result, and 15.3% took more than 180 days to start treatment. It was concluded that there was a delay between the suspected diagnosis and the biopsy, as well as the beginning of the treatment. Strategies to reduce the time for diagnosis and treatment of the disease should be prioritized.

Keywords: Cervical Cancer. Diagnosis. Public Health. Treatment.

DOI: 10.15343/0104-7809.20174104692702

*Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa/ PR, Brasil.
E-mail: karine.kca@gmail.com

INTRODUÇÃO

Aproximadamente 90% das mortes por câncer de colo de útero em 2015 ocorreram em países de baixa e média renda. A alta taxa de mortalidade desse tipo de câncer pode ser reduzida através de uma abordagem abrangente que inclui prevenção, diagnóstico precoce, triagem efetiva e programas de tratamento adequado¹.

Ocorrem aproximadamente 530 mil casos novos dessa doença por ano no mundo, sendo o quarto tipo de câncer mais comum, excetuando-se os casos de pele não melanoma, e a quarta causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. No Brasil é a terceira localização primária de incidência e de mortalidade por câncer em mulheres, não considerando os cânceres de pele não melanoma. Para o ano de 2016, eram esperados 16.340 casos novos de câncer do colo do útero no país, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres².

Embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países a utilizar a colposcopia associada ao exame citopatológico cervico-vaginal (exame Papanicolaou) para a detecção precoce do câncer de colo do útero ou de suas lesões precursoras³, as taxas de incidência estimada e de mortalidade apresentam valores elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturados². Além disso, o diagnóstico do câncer do colo do útero ocorre tardiamente em 70,6% dos casos, sendo que, além do tipo histológico, as disparidades socioeconômicas presentes no país estão associadas ao estadió avançado da doença⁴.

Para o controle dessa doença, o acesso à informação e a redução das dificuldades de acesso aos serviços de saúde são questões centrais, bem como a prevenção primária relacionada à diminuição do risco de contágio pelo papilomavírus humano e o rastreamento feito principalmente pelo teste de Papanicolaou (exame citopatológico). A detecção e tratamento adequados de lesões precursoras podem impedir a progressão

para o câncer, com redução na incidência e mortalidade pelo câncer do colo uterino². Por exemplo, um estudo de coorte retrospectiva realizado em Taiwan com 9081 novos casos de câncer de colo de útero, entre 2005 e 2010 observou que as pacientes que atrasaram o tratamento por pelo menos 4 meses tiveram 2,31 vezes maior risco de mortalidade do que as pacientes submetidas a tratamento oportuno ($p < 0,05$)⁵.

A análise dos dados sobre possíveis atrasos para o diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero são de extrema importância para reduzir a morbidade e mortalidade pela doença e há poucos estudos realizados no Brasil sobre esse tema⁶⁻⁷. Assim, esse estudo objetivou identificar possíveis atrasos entre a suspeita diagnóstica, o diagnóstico definitivo e o início do tratamento em pacientes com câncer de colo de útero atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um centro de referência para tratamento oncológico no Sul do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de uma série de casos retrospectiva, realizada com dados de prontuários de pacientes com câncer de colo de útero, atendidas consecutivamente entre 01 de agosto de 2003 e 31 de julho de 2013, pelo SUS, em um centro de referência para tratamento oncológico no Sul do Brasil. As pacientes encaminhadas ao referido centro de referência de outros serviços para realizar apenas parte do tratamento oncológico e aquelas pacientes tratadas por recidiva da doença foram excluídas do estudo. De um total de 260 prontuários analisados, procedeu-se a exclusão de 38 pacientes por evolução para óbito antes de iniciar ou durante o tratamento, abandono do tratamento ou prontuários sem informações suficientes. Assim, utilizaram-se os dados dos prontuários de 222 pacientes para análise neste estudo. A busca de algumas informações que não constavam nos prontuários do centro de referência para tratamento oncológico foi feita nos laudos de

exames anatomopatológicos do laboratório de patologia, onde a grande maioria dos exames anatomopatológicos foi realizada e nos prontuários da unidade municipal de atendimento à mulher, local que referencia as pacientes da rede pública municipal para o centro de referência.

As variáveis analisadas são descritas a seguir. Dados sociodemográficos: idade em anos no dia da biópsia ($<$ ou \geq 50 anos), raça/cor (branca ou não branca), estado civil (casada ou solteira/viúva/divorciada), número de filhos (0, 1 ou 2 e \geq 3), ocupação (sem trabalho remunerado, com trabalho remunerado ou aposentada/pensionista) e cidade de origem (local ou outra cidade). Variáveis clínicas: estado menopausal antes do início do tratamento (pré-menopausa e pós-menopausa), morfologia do câncer e estágio (I a IV) conforme a classificação da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia⁸. Tratamentos realizados: tipo de cirurgia realizada; se realizou tratamento neoadjuvante, tratamento adjuvante, quimioterapia ou radioterapia; presença, número e tipo de comorbidade(s).

Para o cálculo do intervalo de tempo até a realização da biópsia, as pacientes foram divididas em dois grupos. O primeiro grupo foi constituído pelas pacientes que iniciaram o quadro clínico a partir de um exame citopatológico do colo uterino com resultado alterado (n=95), sendo calculado o intervalo de tempo entre o exame e a data da realização da biópsia. O segundo grupo foi constituído pelas pacientes que iniciaram o quadro clínico com sintomas sugestivos da doença, principalmente metrorragia e dor abdominal, cujos prontuários continham a informação sobre a data do início dos sintomas (n=57), sendo calculado o intervalo de tempo entre a data do início dos sintomas sugestivos da doença e a data da realização da biópsia.

Para o cálculo do intervalo de tempo entre o diagnóstico definitivo (laudo da biópsia) e o início do tratamento, procedeu-se a análise das pacientes todas em conjunto, a saber, as que iniciaram o quadro clínico a partir de um exame citopatológico do colo uterino com

resultado alterado (n=95), as que iniciaram o quadro clínico com sintomas sugestivos da doença e havia a informação sobre a data do início desses sintomas no prontuário (n=57) e as que tinham somente informações sobre a data da biópsia, sem as informações sobre as datas do exame Papanicolaou e início dos sintomas (n=70), totalizando as 222 pacientes analisadas. O início do tratamento foi considerado independente do tipo do tratamento inicial podendo ser cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia. Além disso, também foi calculado o tempo entre a cirurgia e o início do tratamento adjuvante.

Os intervalos de tempo até a realização da biópsia e entre o diagnóstico definitivo e o início do tratamento foram calculados primeiramente em número de dias e em seguida distribuídos em períodos de tempo, ou seja, até 60 dias, de 61 a 180 dias, de 181 a 365 dias e mais de 365 dias. Optou-se por essa distribuição devido à Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012, que determina que pacientes com neoplasia maligna têm o direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for confirmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único⁹.

A descrição das características das pacientes foi feita com o uso de distribuição percentual das variáveis categóricas e medidas de tendência central (médias) para as variáveis contínuas, utilizando-se o programa *Microsoft Excel* 2013.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer número 669.910, CAAE: 30802914.9.0000.0105, sendo contemplado todos os aspectos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Na análise dos prontuários de 222 pacientes do sexo feminino diagnosticadas com câncer

de colo de útero e que realizaram tratamento em um centro de referência para tratamento oncológico, a média de idade foi de 51,0 anos (DP=13,2). Dessas pacientes, 95 (42,8%) iniciaram o quadro clínico com alteração no exame Papanicolaou e 57 (25,7%) iniciaram o quadro clínico com sintomas sugestivos da doença. Para as demais 70 pacientes (31,5%) não havia relato sobre a realização de exame citopatológico do colo uterino ou data de início dos sintomas. A maioria das 222 pacientes tinha 50 anos de idade ou mais no dia da biópsia, eram brancas, casadas, possuíam 3 ou mais filhos, não tinham emprego remunerado e residiam na cidade onde o tratamento foi realizado (Tabela 1).

Em relação aos dados clínicos, a maioria encontrava-se na pós-menopausa no momento do diagnóstico e em estágio III da doença. A morfologia mais comum foi de células escamosas e 34,7% das pacientes realizaram algum tipo de cirurgia, sendo a Wertheim-Meigs a mais frequente. Apenas 6,8% das pacientes receberam tratamento neoadjuvante e 18,5% receberam tratamento adjuvante. Mais detalhes sobre os dados do tratamento e sobre as comorbidades estão mostrados na tabela 1. Do grupo estudado, 73 (32,9%) das pacientes evoluíram para óbito, devido o câncer de colo de útero.

Dentre as 95 pacientes que tiveram o exame citopatológico do colo uterino como o início do quadro clínico, apenas 27,4% realizaram a biópsia em até 60 dias após a

realização do citopatológico do colo uterino, 47,4% levaram de 61 e 180 dias e 25,2% mais de 180 dias entre a realização do exame citopatológico do colo uterino e a biópsia. Dentre as 57 pacientes que iniciaram o quadro clínico com sintomas sugestivos da doença, apenas 19,3% realizaram a biópsia em até 60 dias após o início dos sintomas, sendo que 24,6% e 36,8% delas realizaram a biópsia entre 61 e 180 dias e entre 181 e 365 dias, respectivamente. Importante ressaltar que 6,3% das pacientes que iniciaram o quadro clínico a partir de um exame de citopatológico do colo uterino alterado e 19,3% das que iniciaram o quadro clínico com sintomas sugestivos da doença demoraram mais de um ano para realizar a biópsia (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta a distribuição do total das 222 pacientes quanto ao tempo para o início do primeiro tratamento. Observa-se que 37,8 % e 46,9% das pacientes tiveram um intervalo de tempo entre o resultado da biópsia e o primeiro tratamento em até 60 dias e entre 61 a 180 dias, respectivamente. Além disso, 15,3% levaram mais que 180 dias para iniciar o tratamento após o resultado da biópsia, sendo 10,8% entre 181 a 365 dias e 4,5% após 365 dias.

Tanto no tratamento cirúrgico quanto no tratamento radioterápico e/ou quimioterápico observou-se que a maior parte das pacientes iniciou o tratamento entre 61 a 180 dias após o resultado da biópsia, 43,6% e 48,1%, respectivamente.

Tabela 1– Características da população de mulheres com câncer de colo uterino atendidas pelo sistema público de Saúde entre 2003 e 2013 (n=222).

Variáveis*	Frequência	(%)
Idade no dia da biópsia (anos)		
<50	108	(48,6)
≥50	114	(51,4)
Cor da pele		
Branca	174	(90,6)
Não Branca	18	(9,4)

continua...

...continuação - Tabela 1

696

O Mundo da Saúde, São Paulo - 2017;4(14):692-702
Atraso no diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer de colo de útero...

Estado civil		
Casada	108	(52,4)
Solteira, viúva ou divorciada	98	(47,6)
Número de filhos		
0	15	(6,8)
1-2	55	(24,9)
≥3	151	(68,3)
Ocupação		
Sem trabalho remunerado	119	(56,1)
Com trabalho remunerado	61	(28,8)
Aposentada e/ou Pensionista	32	(15,1)
Origem		
Cidade local	157	(70,7)
Outras cidades	65	(29,3)
Estado menopausal		
Pós-menopausa	86	(54,4)
Pré-menopausa	72	(45,6)
Morfologia		
Carcinoma de células escamosas	188	(84,7)
Adenocarcinoma	25	(11,2)
Carcinoma adenoescamoso	6	(2,7)
Carcinoma indiferenciado	2	(0,9)
Carcinoma neuroendócrino	1	(0,5)
Estádio		
I	58	(26,1)
II	51	(23)
III	90	(40,5)
IV	23	(10,4)
Tipo de Cirurgia		
Wertheim- Meigs	60	(77,9)
Histerectomia Total Abdominal com Anexectomia Bilateral	10	(13)

continua...

Histerectomia Total Abdominal	6	(7,8)
Histerectomia Total Abdominal com cúpula vaginal	1	(1,3)
Tratamento Neo-adjuvante (sim)	15	(6,8)
Tratamento Adjuvante (sim)	41	(18,5)
Recebeu Quimioterapia (sim)	138	(62,2)
Recebeu Radioterapia (sim)	187	(84,2)
Comorbidade(s) (sim)	82	(55,4)
Hipertensão arterial	59	(49,6)
Doença cardiovascular	16	(13,4)
Diabetes mellitus	15	(12,6)
Depressão	7	(5,9)
Outras	22	(18,5)

*Dados faltantes: cor da pele (n=30), estado civil (n=16), número de filhos (n=1), ocupação (n=10), estado menopausal (n=64), comorbidades (n=74).

Tabela 2 – Período de tempo para a realização da biópsia a partir do exame Papanicolaou alterado ou da presença de sintomas.

Intervalo em dias	Dias entre o exame Papanicolaou e a biópsia (n=95)		Dias entre o início dos sintomas e a biópsia (n=57)	
	N	(%)	N	(%)
até 60	26	(27,4)	11	(19,3)
61 a 180	45	(47,4)	14	(24,6)
181 a 365	18	(18,9)	21	(36,8)
mais de 365	6	(6,3)	11	(19,3)

Tabela 3 – Período de tempo entre o resultado da biópsia e o início do tratamento para câncer de colo uterino.

Intervalo em dias	Dias entre o resultado da biópsia e o primeiro tratamento (n=222)		Dias entre o resultado da biópsia e o primeiro tratamento, que foi cirurgia (n=62)		Dias entre o resultado da biópsia e o primeiro tratamento, que foi RXT e/ou QT (n=160)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
até 60	84	(37,8)	18	(29)	66	(41,2)
61 a 180	104	(46,9)	27	(43,6)	77	(48,1)
181 a 365	24	(10,8)	10	(16,1)	14	(8,8)
mais de 365	10	(4,5)	7	(11,3)	3	(1,9)

RXT: Radioterapia. QT: Quimioterapia

DISCUSSÃO

Dentre as 222 pacientes com câncer de colo de útero analisadas, a maioria tinha 50 anos de idade ou mais, sendo semelhante a um estudo de coorte realizado na Califórnia, sobre o tempo de detecção e seguimento de mulheres com câncer de colo de útero, onde o grupo de pacientes com 50 anos ou mais foi o maior grupo encaminhado para início do tratamento¹⁰. Também em um estudo de coorte realizado na Tanzânia, sobre mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero por um programa de rastreamento visual e que completaram o tratamento, a média de idade foi de 50,5 anos¹¹.

Em relação ao estado civil e a ocupação, a maioria das pacientes neste estudo eram casadas e sem emprego remunerado, da mesma forma que o estudo realizado na Tanzânia, onde a maioria das pacientes eram casadas (64,3%) e donas de casa (77%)¹¹. Uma pesquisa foi realizada com 37.638 casos de câncer de colo de útero a partir dos dados dos Registros Hospitalares de Câncer disponibilizados pelo Instituto Nacional de Câncer e pela Fundação Oncocentro de São Paulo. A maioria apresentava estágio clínico avançado (\geq IIB), sendo que os fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado foram a presença de carcinoma de células escamosas, idade maior ou igual a 50 anos, viver com companheiro, cor da pele preta e baixo nível educacional⁴.

Outro exemplo sobre questões socioeconômicas e câncer de colo de útero foi um estudo sobre mortalidade realizado no Paraná, onde a mortalidade por câncer de colo de útero entre 1980 e 2000 cresceu como um todo no Estado em uma taxa de 1,68% ao ano, sendo que as regionais que apresentaram maior tendência ao aumento da mortalidade apresentaram piores condições socioeconômicas, condições precárias de vida e menor acesso aos serviços de saúde. Em contrapartida as regiões com melhores condições socioeconômicas tiveram tendência estacionária¹².

Neste estudo, em 40,5% das pacientes o câncer foi detectado em estágio III, assim como em um estudo realizado no Mato Grosso, sobre a taxa de sobrevida e fatores prognósticos em pacientes com câncer de colo de útero, em que a maioria das pacientes foi diagnosticada em estágio III (38,2%) e IV (25,5%)¹³. Pesquisa realizada no Quênia, sobre fatores que contribuíram para a baixa sobrevida de pacientes com câncer de colo de útero submetidas à radioterapia, mostrou que 41,7% das pacientes tinham estágio III no momento do diagnóstico¹⁴. Esses estudos realizados em países em desenvolvimento corroboram com os resultados que mostraram que a detecção precoce influencia diretamente na taxa de sobrevida das pacientes com câncer de colo de útero. A taxa de sobrevida para essa doença é maior em países desenvolvidos comparada com países em desenvolvimento, pois nos países desenvolvidos a detecção de carcinoma *in situ* ocorre em fases iniciais, já em países em desenvolvimento a doença é detectada em fase mais avançada¹³.

Dentre as pacientes deste estudo que tiveram o exame citopatológico do colo uterino como o início do quadro clínico, apenas 27,4% realizaram a biópsia em até 60 dias após a realização do citopatológico e 47,4% levaram de 61 e 180 dias. Dentre as pacientes que iniciaram o quadro clínico com sintomas sugestivos da doença, apenas 19,3% realizaram a biópsia em até 60 dias após o início dos sintomas e 24,6% realizaram a biópsia entre 61 e 180 dias. Importante ressaltar que 6,3% das pacientes que iniciaram o quadro clínico a partir de um exame de Papanicolaou alterado e 19,3% das que iniciaram o quadro clínico com sintomas sugestivos da doença demoraram mais de um ano para realizar a biópsia.

Em um estudo brasileiro de coorte retrospectiva, realizado no Rio de Janeiro entre 2002 e 2008, sobre o tempo de espera pela primeira colposcopia em 1.544 mulheres com teste de Papanicolaou alterado, verificou-se que a média de dias entre o resultado do exame citopatológico

e a realização da primeira colposcopia foi de 94,5 dias (DP=96,8; 0 a 1.401 dias). Também foram pesquisados o intervalo entre a data do resultado da citologia e a data do encaminhamento da unidade de origem e o intervalo entre a data do encaminhamento da unidade de origem e a data da primeira colposcopia. Os autores concluíram que grande parte das mulheres teve acesso à colposcopia dentro de 60 dias após o encaminhamento da unidade de origem, mas a espera total foi longa⁵.

De modo diferente, um estudo realizado na Califórnia, sobre o impacto da terminologia ASC-H (células escamosas atípicas não sendo possível excluir lesão intraepitelial de alto grau) na detecção de HSILs (lesão intraepitelial escamosa de alto grau) mostrou que em pacientes com exames citopatológico do colo uterino alterados, e que receberam acompanhamento, o tempo entre o exame citopatológico e o diagnóstico final variou de 27 a 121 dias¹⁵. Reforçando que países desenvolvidos detectam câncer de colo em um tempo menor do que países em desenvolvimento.

Em análise de 178 pacientes, 92 atendidas no Hospital A. C. Camargo e 86 no Hospital de Câncer de Barretos, 74 tinham diagnóstico de câncer e 104 de lesões precursoras (não câncer-grupo de controle). Foi constatado que as deficiências em programas de prevenção do câncer de colo de útero dos países em desenvolvimento não são simplesmente questões de uma melhor prestação e cobertura de exames citopatológico do colo uterino. O equívoco sobre esse teste é um grave problema educacional, pois as pacientes não sabiam a diferença entre exames Papanicolaou e o exame pélvico ginecológico, ou tinham o pensamento de que ele não era importante¹⁶.

A gestão das ações dos serviços básicos de saúde parece ter importância no acompanhamento das pacientes. Em uma avaliação sobre o controle do papilomavírus humano (HPV) em unidades de atenção básica, realizou-se entrevistas com mulheres usuárias do SUS e portadoras do HPV.

Também observaram-se falhas organizacionais no acompanhamento das mulheres com alterações colpocitológicas e inconsistências na adoção de condutas diagnósticas e terapêuticas. Não houve clareza sobre a sequência do exame ou orientações após o recebimento dos resultados. Houve ainda falta de organização da rede para absorver as mulheres que apresentavam exames alterados ou necessitavam de seguimento¹⁷.

O primeiro passo crítico na gestão do câncer é estabelecer o diagnóstico com base em exame patológico seguido de tratamento adequado. O tratamento do câncer de colo de útero exige uma análise cuidadosa das opções baseadas em evidências, que podem incluir mais de uma das principais modalidades terapêuticas: cirurgia, radioterapia e terapia sistêmica¹. Apesar de 37,8% das pacientes pesquisadas neste estudo terem iniciado o primeiro tratamento oncológico em até 60 dias após a biópsia, a maioria delas (46,9%) iniciou o tratamento dentro de 61 e 180 dias, 10,8% demoraram entre 181 e 365 dias e 4,5% mais de um ano para iniciar o tratamento.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer a oferta de exames de confirmação diagnóstica e tratamento ambulatorial são inferiores à esperada, tendo como base o número de citopatológicos realizados e a taxa de detecção de lesões de alto grau na população, registrados no Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero. Além do encaminhamento inadequado de pacientes para internação, há perdas no acompanhamento de mulheres com lesão de alto grau, o que compromete o sucesso do rastreamento. O percentual médio de seguimento/tratamento informado é de apenas 9% no país, evidenciando que poucos gestores acompanham os resultados do seguimento e tratamento das mulheres, apesar da existência de módulo específico no sistema de informação¹⁸.

Um estudo brasileiro de coorte retrospectivo foi realizado no em um estabelecimento de saúde do SUS localizado na Baixada Fluminense, entre 1995 e 2010

com 342 mulheres com câncer de colo uterino indicadas para realização de tratamento com radioterapia. Observou-se que grande parte (72,2%) das mulheres com a doença teve acesso à radioterapia dentro do prazo de 60 dias, a partir da confirmação diagnóstica. Contudo, na análise por biênios, a mediana do tempo de espera total piorou ao longo do tempo, passando de 11 dias (1995-1996) para 64 dias (2009-2010)⁷.

Estudos realizados em outros países encontraram intervalos de tempo menores para o diagnóstico e início do tratamento em pacientes com câncer de colo de útero^{14,19}. Em trabalho já citado, das 355 pacientes, 21% iniciou o tratamento dentro de 1 mês após o diagnóstico, 44% iniciou o tratamento dentro do 2º mês, 31% dentro do 3º mês e apenas 4% não iniciou o tratamento até o 4º mês após o diagnóstico¹⁴. Estudo realizado nos Estados Unidos com dados de 50 estados, Distrito de Columbia, 13 tribos e 4 territórios, sobre o tempo para diagnóstico e início do tratamento de câncer de colo de útero em um Programa Nacional de detecção precoce de câncer de mama e colo de útero. A população final consistiu de 100.167 mulheres com o exame citopatológico do colo uterino alterado, sendo que em 1.417 mulheres detectou-se câncer de colo de útero invasivo. O estudo ocorreu entre dois períodos, de 1996 a 2002, com 543 pacientes e entre 2003 a 2009 com 874 pacientes. Apenas 5% de todas as pacientes do estudo tiveram um atraso maior que 180 dias para o diagnóstico. Das pacientes com câncer de colo de útero, 83% tiveram o diagnóstico dentro de 60 dias e 91% das pacientes iniciaram o tratamento dentro de 60 dias. Portanto, verificamos que em ambos os estudos a maioria das pacientes iniciou o tratamento antes de 60 dias após o diagnóstico¹⁹.

O problema de atraso no diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer não é restrito a pacientes com câncer de colo de útero. Estudos realizados em São Paulo e no Distrito Federal sobre câncer de mama, também registraram atrasos entre o diagnóstico e tratamento de pacientes

tratadas pelo SUS²⁰⁻²¹.

Importante ressaltar que tanto fatores individuais como dos serviços de saúde podem contribuir para a demora em procurar diagnóstico precoce e tratamento para o câncer de colo de útero. Os fatores individuais podem ser o conhecimento limitado sobre os sintomas e sinais da doença, além de poucos recursos financeiros. Os fatores relacionados ao serviço de saúde incluem a acessibilidade limitada e indisponibilidade de instalações de rastreamento do câncer. Assim, há necessidade de reforçar o rastreamento do câncer de colo uterino bem como aumentar a conscientização da comunidade sobre os sinais e sintomas e as vantagens de se buscar diagnóstico e tratamento precoces²².

Por exemplo, um estudo randomizado controlado foi realizado em Mumbai na Índia com 151.538 mulheres sobre o efeito do rastreamento com inspeção visual e ácido acético feito na atenção primária. Todas as pacientes tiveram palestras educativas sobre o câncer e seus sintomas. As mulheres do grupo controle receberam informações educacionais no início do estudo, não foram submetidas a rastreamento, mas orientadas a procurar o serviço de saúde se tivessem algum dos sintomas explicados. No grupo de casos as pacientes receberam mais de uma vez orientações sobre os sintomas e informações sobre o câncer além de participarem do rastreamento visual com ácido acético. Assim, verificou-se o impacto de medidas com menor custo na prevenção do câncer de colo do útero. O efeito foi muito positivo, confirmando a eficácia do uso do rastreamento visual com ácido acético em lugares com recursos limitados, como países em desenvolvimento, podendo ser uma alternativa para o Brasil²³.

Este estudo apresentou algumas limitações, como a coleta de dados realizada mediante consulta a prontuários, com perda de algumas informações sobre o diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes. Além disso, a amostra foi composta por pacientes atendidas em um centro de referência para o tratamento de câncer de colo de útero,

sendo que 29,3% eram procedentes de outras cidades, não sendo possível analisar detalhadamente o tempo para acesso aos serviços de saúde em cada cidade.

CONCLUSÃO

Os resultados mostram que há atrasos para o diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer de colo de útero. Há necessidade de intensificação nas políticas públicas voltadas para a prevenção e redução do tempo entre o diagnóstico suspeito ou início dos sintomas e o diagnóstico definitivo, seguido do tratamento adequado. Prover a população em geral de exames de triagem é de muita importância, mas é imperativo que os serviços de saúde tenham maneiras de viabilizar o encaminhamento das pacientes com suspeita diagnóstica no menor tempo possível para as etapas seguintes de investigação e tratamento, reduzindo assim a morbidade e mortalidade pela doença.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Cervical Cancer. Early diagnosis and screening. [acesso em 2017 out 01]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/>
2. Instituto Nacional de Câncer (Brasil) [página na internet]. Controle do câncer do colo do útero. [acessado em 30 de setembro de 2017]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoos_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio
3. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). Falando sobre câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: MS/INCA; 2002. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uterio.pdf
4. Thuler LCS, Aguiar SS, Bergmann A. Determinantes do diagnóstico em estadiamento avançado do câncer do colo do útero no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014;36(6):237-43.
5. Shen SC, Hung YC, Kung PT, Yang WH, Wang YH, Tsai WC. Factors involved in the delay of treatment initiation for cervical cancer patients: A nationwide population-based study. *Medicine (Baltimore)* 2016;95(33):e4568. doi:10.1097/MD.0000000000004568.
6. Nascimento MI, Rabelo IMMA, Cardoso FSP, Musse RNV. Tempo de espera pela primeira colposcopia em mulheres com teste de Papanicolaou alterado. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2015; 37(8):381-7.
7. Nascimento MI, Silva GA. Tempo de espera para radioterapia em mulheres com câncer do colo do útero. *Rev. Saúde Pública* 2015;49(92):doi:10.1590/S0034-8910.2015049005953.
8. International Agency for Research on Cancer. IARC Handbooks of Cancer Prevention: cervix cancer screening Lyon: IARC Press; 2005. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/HANDBOOK10.pdf>
9. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12732.htm
10. Tabnak F, Müller HG, Wang JL, Zhang W, Howell LP. Timeliness and follow-up patterns of cervical cancer detection in a cohort of medically underserved California women. *Cancer Causes Control* 2010;21(3):411-20.
11. Gard AC, Soliman AS, Ngoma T, Mwaiselage J, Kahesa C, Chamberlain RM, et al. Most women diagnosed with cervical cancer by a visual screening program in Tanzania completed treatment: evidence from a retrospective cohort study. *BMC Public Health [Internet]* 2014;14:910. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/910>
12. Muller EV, Biazevic MGH, Antunes JLF, Crosato EM. Tendência e diferenciais socioeconômicos da mortalidade por câncer de colo de útero no Estado do Paraná (Brasil), 1980-2000. *Cien Saude Colet* 2011;16(5):2495-500
13. Nakagawa JT, Espinosa MM, Barbieri M, Schirmer J. Carcinoma do colo do útero: taxa de sobrevivência e fatores prognósticos em mulheres no Estado de Mato Grosso. *Acta Paul Enferm* 2011;24(5):631-7.
14. Maranga IO, Hampson L, Oliver AW, Gamal A, Gichangi P, Opiyo A, et al. Analysis of Factors Contributing to the Low Survival of Cervical Cancer Patients Undergoing Radiotherapy in Kenya. *PLoS One [internet]*.2013 Oct [citado em 2015 Nov 29]; 8(10): [9p]. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0078411>
15. Howell LP, Gurusinthe S, Tabnak F. Impact of ASC-H Terminology on the Detection of HSILs in Medically Underserved California Women. *Diagn Cytopathol* 2008;37(2):103-10.
16. Lourenço AV, Fregnani CMS, Silva PCS, Latorre MR, Fregnani JH. Why Are Women With Cervical Cancer Not Being Diagnosed in Preinvasive Phase?: An Analysis of Risk Factors Using a Hierarchical Model. *Int J Gynecol Cancer* 2012;22(4):645-53.
17. Pasin RR, Sisson MC. Avaliação do Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino: Percepção de Portadoras de Papilomavirus. *Ciênc Cuid Saúde* 2010; 9(3):440-7.
18. Instituto Nacional De Câncer (Brasil). Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário

executivo/ Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acao_reducao_cancer_colo.pdf

19. Benard VB, Howe W, Royalty J, Helsel W, Kammerer W, Richardson LC. Timeliness of Cervical Cancer Diagnosis and Initiation of Treatment in the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. *J Womens Health (Larchmt)* 2012;21(7):776-82.

20. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecorini PG, Gonzaga SFR, et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev Assoc Med Bras* 2008;54(1):72-6.

21. Barros AF, Uemura G, Macedo JLS de. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2013;35(10):458-63.

22. Chadza E, Chirwa E, Maluwa A, Malata A, Kazembe A, Chimwaza A. Factors that contribute to delay in seeking cervical cancer diagnosis and treatment among women in Malawi. *Health* 2012; 4(11):1015-22.

23. Shastri SS, Mitra I, Mishra GA, Gupta S, Dikshit S, Singh S, et al. Effect of ViA Screening by Primary Health Workers: randomized controlled Study in Mumbai, India. *J Natl Cancer Inst* 2014; 106(3):1-7.